



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 0 6 / 2 0 1 7

(Sección 2ª)

La Laguna, a 30 de marzo de 2017.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 76/2017 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud iniciado por la interesada, por el fallecimiento de su padre, presuntamente causado por la negligente asistencia médica recibida del Servicio Canario de la Salud (SCS).

2. La cuantía de la indemnización solicitada determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Consejero de Sanidad para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación, el primer precepto, con el art. 142.3, de carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC) que, en virtud de la Disposición transitoria tercera a), de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, es la normativa aplicable porque a la entrada en vigor de ésta el presente procedimiento ya estaba iniciado.

* Ponente: Sr. Bosch Benítez.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva, y de no extemporaneidad de la reclamación.

4. El órgano competente para resolver es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

El órgano competente para instruir y proponer la resolución de este procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

II

1. En el escrito de reclamación presentado en la Oficina de Correos el 20 de junio de 2014, la reclamante basa su pretensión indemnizatoria en la deficiente asistencia sanitaria recibida por su padre, causante del fallecimiento de este último el día 23 de junio de 2013, porque, tras quedarse inconsciente en su domicilio en el mes de junio, estuvo ingresado en el Hospital Ntra. Sra. de Guadalupe (HNSG), de La Gomera, sin que se le practicaran todas las pruebas médicas oportunas al estar averiado el escáner. Continúa señalando la interesada que su padre recibió el alta médica a pesar de que no se había realizado el TAC (tomografía axial computarizada), con la indicación de que ya se le llamaría para su práctica. Finalmente, el 21 de junio de 2013 se llevó a cabo la citada prueba, pero no se le informó de los resultados obtenidos. Como consecuencia de todo lo ocurrido, según la afectada, se produjo el fallecimiento de su padre debido a una hemorragia cerebral.

Por los hechos expuestos, se reclama por un anormal funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, al considerar que la demora producida en la práctica del TAC y la tardanza en determinar los resultados una vez practicada dicha prueba, supusieron una pérdida de oportunidad para determinar la enfermedad y tratamiento concreto de la misma. Por ello entiende que una actuación más temprana podría haber salvado la vida del paciente.

2. La reclamación fue admitida a trámite mediante Resolución de la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, de 20 de febrero de 2015, en la que asimismo se acuerda la realización de cuantos actos sean necesarios para la

determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales deba pronunciarse la Resolución. También se solicita del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) el informe del Servicio cuyo funcionamiento hubiera ocasionado la presunta lesión indemnizable, quedando suspendido el plazo para resolver el procedimiento y notificar la resolución por el tiempo que medie entre la solicitud del informe preceptivo y la recepción del mismo y, en todo caso, por un plazo máximo de tres meses.

3. Con fecha 25 de julio de 2016, el SIP remite el informe solicitado. Figura igualmente en el expediente la copia de la historia clínica del paciente.

4. El órgano instructor acuerda abrir el período probatorio, admitiendo la documental propuesta por la reclamante, que consta en el expediente, así como la aportada por SIP. Asimismo, se otorgó a la interesada el preceptivo trámite de vista y audiencia del expediente, habiendo presentado alegaciones el 4 de noviembre de 2016.

5. El 24 de febrero de 2017 se emite la Propuesta de Resolución por el Secretario General del Servicio Canario de la Salud, desestimando la reclamación, tras haber sido informada favorablemente por la Asesoría Jurídica Departamental [art. 20.j) del Reglamento del Servicio Jurídico, aprobado por Decreto 19/1992, de 7 de febrero].

6. Con arreglo al art. 13.3 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, plazo que en el presente procedimiento se ha superado. Sin embargo, esta circunstancia no impide que se dicte la resolución porque la Administración está obligada a resolver expresamente, aun vencido dicho plazo, en virtud del art. 42.1 LRJAP-PAC, en relación con los arts. 43.3.b) y 142.7 de la citada Ley.

III

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación presentada por la interesada al considerar que no concurren «los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria».

2. La interesada reclama por una supuesta mala práctica médica centrada, por un lado, en la asistencia sanitaria recibida por su padre al no habersele practicado el TAC por una avería de la máquina y sin que se le hubiera trasladado por este motivo a

su hospital de referencia [el Hospital Universitario de Canarias (HUC)]; y, por otro lado, en la falta de un facultativo especialista en la materia (radiólogo) que informara del TAC tras su realización y consecuente tardanza en recibir la información acerca del mismo. Ambas causas, según la reclamante, fueron determinantes en el fallecimiento de su padre.

3. La reclamación presentada plantea, sin duda alguna, la posible existencia de una pérdida de oportunidad al no haber sido asistido el padre de la interesada, se argumenta, de forma correcta, según se desprende de los hechos ya descritos. Por ello, este Consejo ha de recordar, con una conocida línea jurisprudencial del Tribunal Supremo (véase, entre otras, la Sentencia del Tribunal Supremo de 27 de septiembre de 2011), que la pérdida de oportunidad constituye un daño antijurídico por cuanto su existencia se caracteriza por la incertidumbre acerca de los efectos que la actuación médica omitida, si se hubiere realizado, pudiera haber determinado en la salud del paciente, sin olvidar que los servicios públicos de la salud tienen el deber de garantizar al ciudadano una actuación médico sanitaria diligente en la aplicación de los medios y los instrumentos que la ciencia médica pone a disposición de las administraciones sanitarias. Por consiguiente, siguiendo tal doctrina, cuando se haya confirmado la producción de una pérdida de oportunidad cuyas consecuencias no pueden determinarse con seguridad, hay obligación de indemnizar. En idéntico sentido, cabe traer a colación la Sentencia de 16 de febrero de 2011, que se pronuncia en los siguientes términos:

«(...) privación de expectativas, denominada por nuestra jurisprudencia "pérdida de oportunidad", se concreta en que basta con cierta probabilidad de que la actuación médica pudiera evitar el daño, aunque no quepa afirmarlo con certeza para que proceda la indemnización por la totalidad del daño sufrido, pero sí para reconocerla en una cifra que estimativamente tenga en cuenta la pérdida de posibilidades de curación que el paciente sufrió como consecuencia de ese diagnóstico tardío de su enfermedad, pues, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación) los ciudadanos deben contar frente a sus servicios públicos de la salud con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica posee a disposición de las administraciones sanitaria (...)».

IV

1. Expuesto lo que antecede, es preciso realizar un detallado análisis de los acontecimientos médicos que se derivan del expediente, así como contrastar los

distintos informes que allí constan, para poder dilucidar si, en el caso planteado, la actuación sanitaria prestada fue la adecuada o no.

Particular interés tiene el informe elaborado por el SIP, de 25 de julio de 2016, a partir de la documentación examinada por este Servicio (en especial, copia de la historia clínica, información facilitada por el Servicio de Radiología del HNSG y la ofrecida por el Servicio de Medicina Interna del mencionado centro hospitalario). En el apartado correspondiente a los «Antecedentes», el referido informe señala lo siguiente:

«1.- Antecedentes previos al objeto de la reclamación:

Diabetes Mellitus tipo II; hipertensión arterial en tratamiento, dislipemia; aneurisma aórtico; taquiarritmia; intervenido de aneurisma cerebral hace 10 años, ictus cerebral en el 2006 con secuelas de hemiparesia izquierda residual -en TAC cerebral: hematoma cápsulo-talámico derecho, lesión isquémica capsular izquierda, lesión antigua en caudado izquierdo, atrofia; EPOC, insuficiencia cardíaca, gammapatía monoclonal IgG Kappa, intervenido de fractura de cadera izquierda (2012) tras caída en un barranco de 4-5 metros de altura.

Se describe vida limitada por hemiparesia izquierda (...).

En fecha 13 de febrero de 2013, el paciente presentó un episodio convulsivo con pérdida de conciencia de varios minutos de duración.

Diagnóstico: hipoglucemia.

Por este motivo, el 28 de febrero es visto en el Hospital Ntra. Sra. de Guadalupe - Servicio de Medicina Interna-. Se describe crisis comiciales (convulsiones) con rigidez generalizada, retroversión ocular y mordedura de lengua secundarias a hipoglucemia mantenida (glucemia de 40) y pobres ingestas (...).

2.- Ingresa durante el periodo 8-11 de junio de 2013 en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Ntra. Sra. de Guadalupe por pérdida de conocimiento brusco seguida de movimientos tónicos-clónicos generalizados con mordedura de la lengua y relajación de esfínteres con recuperación lenta y traumatismo en cara.

No presentó nuevos episodios durante el ingreso. No se objetiva focalidad neurológica añadida.

Causa alta pendiente de realización de TAC de forma ambulatoria, no realizado durante el ingreso por problemas técnicos. Se cita a control en el Servicio de Medicina Interna con el resultado del TAC.

En la exploración al alta el paciente está consciente y orientado, no signos meníngeos, hemiparesia izquierda residual, Babinski izquierdo. No patología neurológica añadida a la previa al ingreso.

Diagnóstico al alta: episodio convulsivo generalizado.

3.- El TAC realizado el 20 de junio de 2013: Sin evidencia de lesiones isquémicas o hemorrágicas agudas o subagudas. No constando imagen de sangrado agudo ni edema agudo».

Con fecha 22 de junio de 2013, la anamnesis correspondiente a la valoración médica de Urgencias del HNSG, que también figura recogido en el informe del SIP, señala que el paciente se encontraba bien en el desayuno, cuando repentinamente disminuyó el nivel de conciencia, con emisión de secreciones orales, permaneciendo posteriormente arreactivo y con ausencia de respuesta a estímulos verbales y dolorosos. Fue asistido en el Centro de Salud y trasladado en ambulancia al HNSG. El diagnóstico de sospecha fue el siguiente: «Crisis hipertensiva. Coma profundo. Probable ACV hemorrágico». Seguidamente se indica:

«Se inicia protocolo habitual de actuación con monitorización y control de la vía aérea y estabilización hemodinámica iniciando perfusión de Labetalol para control de la TA (tensión arterial).

En TAC, hemorragia intracraneal que drena a ambos ventrículos. No se aprecia desviación de línea media.

Valorado por los Servicios de Neurología y Medicina Interna con pronóstico muy grave.

Diagnóstico: Hemorragia intracerebral de probable etiología hipertensiva. Coma profundo».

2. En relación con las alegaciones presentadas por la interesada acerca de «la asistencia recibida por el paciente», el SIP se pronuncia en los siguientes términos:

«Que el motivo del ingreso durante el periodo 8-11 de junio de 2013 fue un episodio compatible con cuadro convulsivo generalizado aislado sin repetición en el periodo de ingreso, no manifestándose sintomatología neurológica añadida a la existente previamente secundaria a los eventos relatados en el apartado antecedentes y controlada mediante tratamiento médico.

El hecho de que el TAC hubiese sido realizado durante el ingreso o en la fecha que efectivamente se realizó, 20 de junio, no hacía prever el evento vascular causante del exitus, esto es, hemorragia cerebral en el contexto de una crisis hipertensiva. En dicho TAC no se objetivó lesiones de carácter agudas o subagudas que nos pudieran llevar a concluir un diagnóstico precoz del proceso vascular responsable del éxitus (...).

Por su parte, el Jefe de Servicio de Medicina Interna indica, en manifestación que también viene recogida por el SIP en su informe, que el paciente soportó dos episodios próximos en el tiempo que atendieron a dos diagnósticos diferentes. Así, el primero se diagnosticó de epilepsia vascular con buena evolución con tratamiento médico, y el segundo se trató de una emergencia hipertensiva que desencadenó un ictus hemorrágico masivo que condujo al exitus. El citado especialista informa, además, que «la etiología en el primer caso es un foco epiléptico y en el segundo caso la causa es un mal control de la tensión arterial, no existiendo relación de causalidad entre la asistencia hospitalaria prestada y los daños reclamados». Añade, además, que «en ningún caso es atribuible la demora en la realización del primer scanner a la evolución posterior, porque son dos procesos distintos y claramente diferenciados».

Todos los informes médicos determinan que tanto el diagnóstico, los síntomas, como los tratamientos pautados en cada caso fueron correctos, coincidiendo entre sí, indicando que se aplicó el tratamiento habitual de acuerdo con la *lex artis*, esto es, practicando anamnesis, exploración física y pruebas complementarias con analíticas, radiografías de tórax, cráneo y abdomen. Se constata asimismo que se solicitó TAC craneal, que por problemas técnicos fue realizado de forma ambulatoria el 20 de junio de 2013.

3. Por tanto, aunque la interesada trate de sembrar dudas, en el primer episodio descrito, sobre si la falta de la práctica de un TAC con carácter urgente e inmediato por los médicos del HNSG pudo ser determinante del ictus cerebral y consecuente retraso en el tratamiento, tal pretensión no encuentra soporte probatorio alguno tras el detenido examen de la documental médica del paciente, que acredita, como se vio con anterioridad, que el enfermo recibió tratamiento sin que se produjeran nuevos episodios convulsivos ni presentó focalidad neurológica añadida mientras permaneció ingresado, estando clínica y hemodinámicamente estable, razón por la que se le dio el alta el 11 de junio de 2013. Dicho esto, hay que concluir que no existe ninguna razón para no creer en la veracidad de lo expuesto por los facultativos que asistieron al paciente, al indicar que no encontraron motivo suficiente para remitir [al paciente] al HUC para la realización de un TAC urgente. Con todo, al padre de la reclamante se le realizó el TAC el 20 de junio de 2013 y dicha prueba no evidenció lesiones isquémicas o hemorrágicas agudas o subagudas, descartando accidente cardiovascular reciente.

En resumen, se considera que en el primer episodio sufrido por el paciente, entre el 8 y el 11 de junio de 2013, a pesar de la falta de realización del TAC de forma inmediata dados sus antecedentes clínicos y síntomas que pudieran haber inducido a considerar su práctica en un primer momento, tal y como alega la interesada, la evolución posterior del paciente demostró, sin embargo, que tanto el diagnóstico como el tratamiento antiepiléptico recibido por el enfermo fueron correctos, logrando así el control del cuadro clínico y la evolución favorable, por lo que recibió el alta hospitalaria.

Por lo que se refiere a la alegación realizada por la reclamante sobre la falta de un especialista -radiólogo- que informara sin demora sobre los resultados obtenidos tras la práctica del TAC, ausencia que supuestamente impidió un correcto tratamiento de la enfermedad, ha quedado constatado que en todo momento los facultativos que asistieron al enfermo intentaron salvarle la vida mediante la utilización de los distintos medios médicos disponibles de acuerdo con la sintomatología que iba presentando. Lo que demuestra el hecho de que, aunque el TAC realizado el 20 junio de 2013 hubiese sido informado el mismo día en el que se realizó, se habría descartado igualmente el diagnóstico de ACV al no constar imágenes sugestivas de tal patología en ese momento, como ya se expuso. A mayor abundamiento, el informe del Servicio de Radiología del HNSG indica, a este respecto, que dados los conocimientos actuales en el campo de la Medicina no existe prueba radiológica alguna que pueda prevenir la aparición de un ictus hemorrágico como el sufrido por el paciente.

4. En definitiva, la cuestión nuclear sobre la que la reclamante construye el fundamento de su reclamación se concreta, como ha quedado expuesto, en si las actuaciones realizadas en los periodos que median entre los días 8-11 de junio, en los que tuvo lugar el primer ingreso hospitalario sin práctica de TAC, y los días 20 y 22 junio, en los que se realizó el TAC y se produjo el retraso en informar sobre los resultados obtenidos por la supuesta ausencia de un radiólogo, respectivamente, condujeron al desenlace fatal. La respuesta a esta cuestión ha de ser negativa. Este Consejo Consultivo considera que la asistencia médica recibida fue conforme a la *lex artis ad hoc*, actuándose en función de los síntomas que afectaban al enfermo, no apreciándose pérdida de oportunidad alguna en la falta de práctica de un TAC inmediato, vistos los resultados obtenidos del escáner realizado el 20 de junio de 2013, que, como bien argumenta el SIP, «confirma la hipótesis diagnóstica inicial y refuerza la actuación clínica hospitalaria». Además, el segundo episodio padecido por el enfermo, que condujo a su fallecimiento, se diferencia del anterior en la

sintomatología que el mismo presentó, ya que fueron las cifras tensionales elevadas las que determinaron el accidente cerebrovascular, como nos indican los informes preceptivos emitidos.

5. De acuerdo con lo informado por el Servicio de Medicina Interna del HNSG y el SIP, coincidente con el contenido de la historia clínica que figura en el expediente, resulta acreditado que el factor determinante del fallecimiento del paciente fue su frágil estado de salud, producto de las múltiples y serias patologías que le aquejaban. Esto hizo que, pese a los tratamientos correctamente aplicados de acuerdo con el protocolo médico a seguir, no fuera posible salvar la vida del enfermo. Por todas las razones expuestas, ha de insistirse en que la actuación de los facultativos fue la adecuada, toda vez que ha quedado probado que el paciente fue asistido por los distintos servicios especializados (Medicina Interna, Radiología y Urgencias del HNSG), que valoraron las diversas enfermedades que padecía sin que, por lo demás, se haya observado actuación alguna en la atención facultativa recibida por el afectado calificable, siquiera indiciariamente, como contraria a la *lex artis ad hoc*. Dicho de otro modo: el *exitus* no fue en absoluto consecuencia de una demora en la práctica del TAC, ni de la ausencia de un radiólogo informante de los resultados obtenidos en el TAC realizado el 20 de junio de 2013, ya que en la citada prueba llevada a cabo no se objetivó lesión o sospecha alguna determinante del segundo episodio.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación presentada se considera ajustada a Derecho, de acuerdo con el razonamiento que se contiene en el Fundamento IV de este Dictamen.