



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 2 5 4 / 2 0 1 7

(Sección 2ª)

La Laguna, a 19 de julio de 2017.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...) y (...), en nombre y representación de (...) y (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 216/2017 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

El objeto del presente dictamen, solicitado por el Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias el 12 de junio de 2017, con fecha de Registro de entrada en este Consejo Consultivo del 15, es una Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica. De la naturaleza de esta propuesta se deriva la competencia del órgano solicitante, la competencia del Consejo y la preceptividad del dictamen, según los arts. 12.3 y 11.1.D).e) 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); la cual es aplicable, en virtud de la disposición transitoria tercera, letra a), en relación con la disposición derogatoria 2, a) y la disposición final séptima, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), ya que el presente procedimiento se inició antes de la entrada en vigor de esta última Ley.

* Ponente: Sr. Belda Quintana.

Resulta igualmente aplicable el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, en virtud de lo establecido en la disposición transitoria tercera, a), en relación con la disposición derogatoria 2, d) y la disposición final séptima de la LPACAP.

II

1. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de (...) y (...), dada su relación de pareja e hija, respectivamente, de (...), al pretender el resarcimiento de un daño moral que han sufrido en su persona por el fallecimiento de aquél como consecuencia, presuntamente, de la asistencia sanitaria que le fue prestada por el Servicio Canario de la Salud. En este caso, las interesadas actúan mediante la representación acreditada de (...) y (...) (art. 32 LRJAP-PAC).

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado Servicio, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

2. Asimismo, se presentó la reclamación dentro del plazo para reclamar establecido en los arts. 142.5 LRJAP-PAC y 4.2 RPAPRP, pues las interesadas interpusieron aquel escrito el 27 de octubre de 2015, en relación con un daño (fallecimiento de su pareja y padre) producido el 24 de noviembre de 2014.

3. El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin a 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.

La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio, 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, añadido por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración Pública de Canarias.

III

El objeto de la reclamación que nos ocupa viene dado, según el escrito presentado por las interesadas, por los siguientes hechos:

- (...) acudió el 19 de noviembre de 2014 al Hospital General de Fuerteventura, por presentar desde el día anterior pérdida de apetito y escasa ingesta de alimentos. Además, el mismo día 19 de noviembre de 2014 presentó dolor abdominal difuso.

- En el Servicio de Urgencias se realizó analítica, perfil hepático, hemograma y bioquímica, que fueron valorados como similares respecto a los que constaban al personal facultativo, salvo por el dato de creatinina 2g/dl (se aportan resultados de analítica).

Los anteriores índices analíticos fueron considerados por los facultativos como «Alteración de la función renal en paciente con hepatopatía crónica». Dicho diagnóstico se acompañó del juicio clínico de «estreñimiento», recibiendo el paciente el alta hospitalaria con un tratamiento consistente en que se redujera la dosis de *Aldactone* 100 mg a 1-0-0 y citándolo en Consultas Externas de Medicina Interna con carácter preferente (no urgente).

En la reclamación se afirma: «En este punto entendemos relevante señalar que, antes del citado alta, se realizó una radiografía de abdomen que determinó la existencia de abundante contenido fecal, sin que conste ningún tipo de hallazgo clínico adicional».

- Con una ausencia absoluta de información sobre si en la zona abdominal se había podido detectar la existencia de alguna lesión (las heces fue lo único que informó la Rx), se procedió al alta hospitalaria. No se realizaron pruebas diagnósticas adicionales ni se esperó a solventar este supuesto estreñimiento para, después, proceder a la realización de otra prueba radiológica.

- Desgraciadamente, el juicio diagnóstico efectuado se demostró claramente erróneo, puesto que apenas unos días después, concretamente el 24 de noviembre de 2014, (...) falleció a consecuencia de un shock hemorrágico/ hemorragia digestiva/ rotura de varices esofágicas en su propio domicilio, solo y sin poder recibir asistencia sanitaria de ningún tipo.

Por todo ello, se solicita una indemnización de 147.628,52 €.

IV

1. En este procedimiento, el plazo de resolución está vencido, sin que se justifique la demora, lo que, sin perjuicio de los efectos y responsabilidades que ello comporte, no exime a la Administración de resolver expresamente (arts. 42.1 y 7 y 141.3 LRJAP-PAC).

2. Constan en este procedimiento las siguientes actuaciones:

- El 6 de noviembre de 2015 se identifica el procedimiento y se insta a la parte interesada a mejorar su solicitud, de lo que recibe notificación el 17 de noviembre de 2015, sin que se aporte nada al efecto.

- Mediante escrito presentado el 27 de julio de 2016 las interesadas solicitan el impulso del procedimiento.

- El 30 de agosto de 2016 se vuelve a instar a las reclamantes a mejorar su solicitud mediante la aportación de determinada documentación. Tras ser notificadas el 5 de septiembre de 2016, vienen a proporcionar lo solicitado el 17 de octubre de 2016, completándolo el 3 de noviembre de 2016 mediante la aportación del poder de representación.

- El 30 de agosto de 2016 se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), que lo emite el 28 de octubre de 2016, tras recabar la documentación oportuna.

- El 16 de noviembre de 2016 se dicta acuerdo probatorio en el que se declara la pertinencia de las pruebas propuestas por las interesadas, y se incorpora como documentación la aportada por la Administración, y, puesto que toda ella es documental ya incorporada al expediente, se declara concluso este trámite. De ello reciben notificación las reclamantes el 25 de noviembre de 2016.

- El 16 de noviembre de 2016 se acuerda la apertura del trámite de audiencia, recibiendo notificación la parte interesada mediante faxes y correos electrónicos de distintas fechas. Se presenta escrito de alegaciones el 23 de diciembre de 2016.

- El 16 de marzo de 2017 se emite Propuesta de Resolución por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, desestimando la pretensión de las interesadas, emitiéndose borrador de Resolución en igual sentido por la Dirección General del Servicio Canario de la Salud, en la que no consta fecha. La Propuesta de Resolución es elevada a definitiva el 31 de mayo de 2017, tras haber sido informada favorablemente por el Servicio Jurídico el 26 de mayo de 2017.

V

1. La Propuesta de Resolución desestima la pretensión de las reclamantes, lo que se justifica señalando:

«En el presente caso ha quedado patente que la asistencia sanitaria prestada al paciente fue la adecuada cuando acudió a los servicios sanitarios y lo actuado en el procedimiento permite alcanzar las siguientes conclusiones (Informe del Servicio de Inspección y Prestaciones):

1.- Durante la atención prestada en el servicio de Urgencias el día 19 de noviembre de 2014, la ausencia de alteraciones hemodinámicas y la falta de evidencia de un sangrado digestivo externo activo en la primera visita (no hematemesis, no melenas, no rectorragia), no dirigían la orientación diagnóstica hacia una patología sangrante del tubo digestivo.

A este respecto se informa por el Servicio de Urgencias del citado Hospital de Fuerteventura que la asistencia sanitaria se ajustó a los protocolos establecidos (folios 45 a 63 EA).

2.- Los resultados de las analíticas ya eran conocidos en relación a su cuadro de hepatopatía crónica y por las que se encontraba en tratamiento y seguimiento por Medicina Interna, a donde fue derivado con carácter preferente.

Cuando se le remite a su domicilio se le informó de cómo debía actuar, mediante controles a través de su médico de cabecera y volver al servicio de urgencias si empeoraba.

3.- No basta con afirmar que para un diagnóstico más certero de una patología debían haberse realizado otras pruebas diagnósticas hasta agotarse todas las posibilidades diagnósticas, pues una vez diagnosticada una patología a posteriori (en autopsia) y a la vista de todas las circunstancias concurrentes en el caso es más fácil afirmar que debieron efectuarse tal o cual prueba diagnóstica.

Los servicios sanitarios públicos actúan y proponen medios diagnósticos a la vista de los síntomas que los pacientes refieren, pues no es admisible que quien entra en el Servicio de Urgencias agote, sin más indicios, todas las múltiples pruebas diagnósticas y múltiples patologías sin que los síntomas que se tengan eran su realización».

2. De acuerdo con la reiterada doctrina de este Consejo Consultivo, con carácter previo al análisis sobre el fondo de este asunto, se ha de recordar, como de forma constante ha resaltado la jurisprudencia (SSTS de 24 de septiembre de 2004, 23 de septiembre de 2009, 29 de junio de 2011 y 11 de abril de 2014, entre otras muchas), que el criterio fundamental para determinar la existencia o ausencia de responsabilidad del servicio público de salud radica en si sus agentes han actuado con violación o de conformidad con la *lex artis*, puesto que su funcionamiento consiste

en proporcionar unos medios para prevenir o curar la enfermedad, pero sin garantizar sus resultados, porque la Medicina no ha alcanzado el grado de perfección que le permita la curación de todas las enfermedades y la evitación de la irreversibilidad de los estados patológicos ligados al devenir de la vida humana. La obligación de los servicios de salud es una obligación de actuar, sin que incluya la de responder en términos absolutos por las consecuencias de la actuación sanitaria, ya que, hoy por hoy, no se puede garantizar la recuperación de la salud, sino tan solo asegurar que se emplean todas las medidas conocidas para intentarlo y que se aplican correctamente de acuerdo con el estado de los conocimientos médicos y las circunstancias personales del paciente. El funcionamiento de dicho servicio consiste por tanto en el cumplimiento de una obligación de medios, no de resultados.

3. Pues bien, a la vista de los datos obrantes en la historia clínica del paciente y los informes médicos emitidos a lo largo de la tramitación del procedimiento, que han sido recogidos en el informe del SIP, y asumidos por la Propuesta de Resolución, entendemos que ésta es conforme a Derecho.

Y es que, ciertamente, como concluye la Propuesta de Resolución, no deben enjuiciarse las actuaciones médicas *ex post facto*, sino *ex ante*, dados los síntomas y la clínica que presentaba el paciente en cada momento. Y es ésta la que dirige, tal y como se expone correctamente en la Propuesta de Resolución, el diagnóstico, tratamiento y pruebas efectuadas al paciente, y conforme a la patología que presenta en cada momento.

Así, en el presente caso, tal y como consta en su historia clínica, nos hallamos ante un paciente que acude el día 19 de noviembre de 2014 a su médico de Atención Primaria, quien lo deriva al hospital por presentar dolor abdominal difuso, pérdida de apetito, sin fiebre, ni vómitos.

Alrededor de las 13:00 horas, a la exploración se observa que no presenta síntoma alguno de complicación, sino abdomen blando depresible, sin signos de irritación peritoneal, sin ascitis o timpanismo.

Se realiza valoración del estado hemodinámico, tensión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de O₂ y signos de perfusión periférica, hidratación y coloración mucocutánea, sin alteraciones.

En la radiografía abdominal, salvo presencia de heces, no se objetiva afectación.

Por lo que se refiere a la analítica, alterada, efectivamente, como señalan las reclamantes, exponiendo los resultados en su escrito de reclamación, ha de decirse

que el informe del SIP señala que aquélla no muestra resultados distintos de los ya constatados en los antecedentes del paciente, tratándose de un paciente con antecedentes, entre otros, de hepatopatía crónica por etilismo, hipertensión arterial, hipotiroidismo, diabetes y anemia microcítica. Se señala asimismo, que recibía tratamiento con Sumial 10 mg (propanolol) para la prevención de hemorragia digestiva.

Así se indica en el informe del SIP respecto de la analítica:

«En la analítica practicada se mantienen alterados los parámetros ya conocidos por su hepatopatía, y anemia microcítica, que estaba en seguimiento por Medicina Interna y a resaltar únicamente el incremento de creatinina (parámetro de evaluación de la función renal). Por tal circunstancia, consultado el especialista en Medicina Interna, se indica reducir el diurético Aldactone®, como en otra ocasión y se propone citar con carácter preferente (generalmente se admite un plazo de 7 días) en consultas de Medicina Interna.

Tras fluidoterapia con analgesia con Droal® y enema, que resultó efectivo, se objetiva mejoría del dolor. Se cursa alta alrededor de las 21:00 horas con recomendaciones de seguimiento por su médico de cabecera y acudir en caso de empeoramiento».

Por tanto, han de observarse los síntomas y las pruebas, no aisladamente, sino en función del contexto de la historia clínica del propio paciente, por lo que, siendo en este caso una persona con los antecedentes ya señalados, los resultados del día 19 de noviembre de 2014 no impresionaban de distinta patología a la diagnosticada, por lo que no procedía la realización de pruebas diferentes de las realizadas.

Constan, a estos efectos, como antecedentes del paciente:

«Por su condición de hepatópata se encontraba en seguimiento estrecho por Medicina Interna. Consultas sucesivas en las fechas 10 y 17 de julio, 19 de agosto, 9 y 30 de octubre de 2014. Diagnóstico: hepatopatía crónica enólica con descompensación hidrópica, probable cirrosis hepática. Puntuación Child C de 11: Una puntuación total de 5-6 es considerada grado A (enfermedad bien compensada) 7-9 es grado B (compromiso funcional significativo) y 10-15 es grado C (enfermedad descompensada).

Las determinaciones analíticas realizadas en las fechas 17.07.14, 06.08.14, 27.10.14 presentaban perfil hepático alterado (transaminasas, bilirrubina, fosfatasa alcalina, LDH, proteínas, etc.) Incremento de creatina con leve deterioro de la función renal al incrementar los diuréticos, que reducen posteriormente».

De hecho, en el propio informe médico forense aportado por las reclamantes se hacen constar como hallazgos en la autopsia de (...):

«a) Se confirma cirrosis macro-micronodular cuya etiología más frecuente suele ser el consumo de alcohol.

c) En corazón hallazgos histopatológicos compatibles con el consumo de alcohol».

Por todo ello, entendemos que, tal y como señala la Propuesta de Resolución, la actuación médica fue conforme a la *lex artis* en todo momento, poniendo a disposición del paciente todos los medios de diagnóstico y terapéuticos que eran necesarios dada la clínica que presentaba en el momento de acudir a los servicios asistenciales, sin que fuera exigible, dados sus antecedentes y su sintomatología del momento, actuación distinta de la realizada, por lo que no puede concluirse la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración por el fatal desenlace acaecido.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución resulta conforme a Derecho, debiendo desestimarse la pretensión resarcitoria formulada por (...) y (...).