



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 2 6 3 / 2 0 1 7

(Sección 1ª)

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 (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 224/2017 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica.

2. La interesada en este procedimiento solicita una indemnización que supera la cantidad de 6.000 euros. Esta cuantía determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Consejero 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). Esta Ley es aplicable en virtud de lo establecido en 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.

* Ponente: Sr. Fajardo Spínola.

II

1. (...) formula reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños supuestamente causados por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud en la asistencia sanitaria que le fue prestada a su padre.

En su escueto escrito inicial expone que su padre fue atendido en el Servicio de Urgencias del Centro de Salud de Doctoral, en el que le diagnosticaron una lumbociática cuando en realidad lo que tenía era una infección de orina, falleciendo el 13 de septiembre de 2014 en el Hospital Insular.

Aporta con su reclamación copia de su DNI y del Libro de Familia, informe clínico del Servicio de Urgencias del Centro de Salud que atendió a su padre y certificado de defunción de éste.

En trámite de mejora de su solicitud cuantifica la indemnización que solicita en la cantidad de 65.000 euros.

2. En el presente procedimiento la reclamante ostenta la condición de interesada en cuanto titular de un interés legítimo, ya que pretende el resarcimiento del daño moral que le ha irrogado el óbito de su padre.

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.

3. El fallecimiento, que es el hecho lesivo alegado, acaeció el 13 de septiembre de 2014 y la reclamación se presentó el 19 de enero de 2015, dentro por tanto del plazo de un año que fija el art. 142.5 LRJAP-PAC, por lo que no es extemporánea.

4. 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 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.

5. De acuerdo con la disposición transitoria tercera, letra a), en relación con la disposición derogatoria 2, d) y la disposición final séptima de la citada LPACAP, el

presente procedimiento se rige por 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.

6. En la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en irregularidades formales que impidan la emisión de un Dictamen de fondo, si bien se ha incumplido el plazo de seis meses que para su resolución establece el art. 13.3 RPAPRP. La demora producida no impide sin embargo su resolución, pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, a tenor de lo establecido en los arts. 42.1 y 43.3.b) LRJAP-PAC.

Consta en el expediente que con fecha 23 de enero de 2015 se requirió a la interesada la subsanación y mejora de su solicitud, mediante la aportación, entre otros, del domicilio de la esposa e hijos del fallecido o, en su defecto, indicación de si actúa en representación de los mismos. En contestación a este escrito la interesada aportó copia de los DNI de su madre y hermanos.

Cumplimentado este trámite, la reclamación fue correctamente calificada y admitida a trámite mediante Resolución de la Secretaría del Servicio Canario de la Salud de 16 de marzo de 2015 (art. 6.2 RPAPRP), en la que asimismo se resuelve comunicar a la interesada que con la misma fecha se solicita, a través del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), el informe del Servicio cuyo funcionamiento haya causado la presunta lesión indemnizable, con suspensión del plazo para resolver el procedimiento y notificar la resolución por el tiempo que media entre la solicitud del informe preceptivo y la recepción del mismo y, en todo caso, por un plazo máximo de tres meses.

Esta Resolución fue notificada a la reclamante, su madre y hermanos, al resultar también éstos interesados en el procedimiento, por si deseaban personarse en el mismo.

Con fecha 17 de noviembre de 2016 se emite informe por el mencionado SIP y a él se acompaña copia de la historia clínica del padre de la reclamante obrante en el Centro de Atención Primaria y en el Hospital Universitario Insular de Gran Canaria (HUIGC). Se adjunta asimismo el informe del facultativo del Servicio de Urgencias del Centro de Salud que atendió al paciente y a cuya actuación se imputa el daño.

Consta también en el expediente que con fecha 21 de diciembre de 2016 se solicita proposición de prueba a los interesados, sin que se formule por éstos.

Por acuerdo probatorio de 4 de abril de 2017 se admitieron las pruebas documentales propuestas por la reclamante en su escrito inicial y se incorporaron los informes y documentación recabados por la Administración. Se acordó asimismo, dado que se trata únicamente de prueba documental ya incorporada al expediente, el pase al siguiente trámite en el procedimiento.

En esta misma fecha se concede trámite de audiencia a los interesados (art. 11 RPAPRP), que no presentaron alegaciones en el plazo concedido al efecto.

El procedimiento viene concluso con la preceptiva Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación formulada, que fue informada por la Asesoría Jurídica Departamental, según lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento del Servicio Jurídico, aprobado por Decreto 19/1992, de 7 de febrero, estimándola conforme a Derecho.

III

1. Por lo que se refiere al fondo del asunto, es preciso tener en cuenta los siguientes antecedentes que resultan relevantes:

- El 6 de septiembre de 2014 el paciente acude al Servicio de Urgencias de Doctoral refiriendo dolor lumbar que se irradia a pierna derecha. A la exploración física se observa dolor a la palpación de apófisis espinosas lumbares. Maniobras de Lassegue y Bragard (+). Se diagnostica lumbalgia aguda y se pauta tratamiento con paracetamol y control por su médico de cabecera.

- El 11 de septiembre de 2014 a las 15:15 horas el paciente acude nuevamente a Urgencias al Centro de Salud y en informe clínico consta: Paciente que acude porque refiere que desde por la mañana comenzó con vómitos de contenido alimenticio, al final líquidos de color amarillo oscuro, se acompaña de estreñimiento hace dos días que no defeca, afebril, está algo decaído. Se realiza exploración física y constata paciente consciente y orientado, sin signos de focalidad. La auscultación cardiopulmonar es normal. Frecuencia cardíaca 60 lxm. Frecuencia respiratoria: 20. TA 121/86. Glucemia 184mgrs. Abdomen blando, depresible, no visceromegalias, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, ruidos hidroaéreos disminuidos.

Bajo el diagnóstico de síndrome emético, estreñimiento y posible oclusión intestinal, se deriva al HUIGC para mejor valoración por el cirujano, con traslado en ambulancia de soporte vital básico.

- En el Servicio de Urgencias del HUIGC se anota: Enfermedad Actual: Paciente de 82 años traído al Servicio por cuadro de vómitos desde esta mañana de contenido alimenticio (según refiere la hija restos hemáticos en últimos vómitos). No fiebre. Dolor abdominal inespecífico difuso. Estreñimiento de más de dos días. No aumento de su disnea basal (moderados esfuerzos), no ortopnea, ni disnea paroxístico nocturna. No dolor torácico. Refiere su hija cuadro diarreico en los últimos dos días, sin fiebre, así como sensación de disnea sin otros síntomas asociados.

A su llegada estable: temperatura: 36,3°. sat. O₂ 92%. TA 147/59 y FC de 130 en situación de hipovolemia marcada por lo que se inicia fluido terapia. En la analítica de ingreso destaca: Hb15, leucos 34.100, plaquetas 183.000, Índice quick 56%, Creatinina 1,47, Urea 37, Na 141, K 3,8, con acidosis metabólica láctica (láctico de 16) y PCT de 2. en el sistemático de orina Nitritos positivos, leucocitos 100/ui.

Se realiza la exploración clínica: Consciente y orientado. Aspecto deshidratado (...); Taquipneico Auscultación cardio pulmonar: ruidos cardio-respiratorios; tonos apagados, con crepitantes bibasales. Abdomen; globulosos, blando, depresible, difusamente doloroso. Sin peritonismo. Miembros inferiores; edemas con fóvea hasta rodillas. Anotación analítica previa del 24-07-2014: Urea: 23. Creatinina: 0,9.

Se le realiza TAC de abdomen con contraste intravenoso por: Dolor abdominal con afectación del estado general, Arritmia. Acidosis metabólica. Sospecha de isquemia mesentérica. Conclusión: No se identifican signos directos o indirectos que siguieran la presencia de isquemia mesentérica de origen arterial o venosa. Bazo, glándulas suprarrenales y vejiga urinaria sin hallazgos. Páncreas atrófico acorde con la edad. Ambos riñones presentan quistes corticales tipo I de Bosniak. Diverticulosis colónica sin signos de diverticulitis. Hernia hiatal esofágica por deslizamiento. Ateromatosis aórtica calcificada. Cambios degenerativos en columna dorso lumbar. En los cortes inferiores del tórax se visualizan opacidades bibasales, de predominio en el lado izquierdo, en relación con atelectasias hipoventilatorias.

Durante su estancia en Urgencias mala evolución con pobre respuesta a la expansión, motivo por el cual se inician drogas vasoactivas y se decide ingreso UMI, con diagnóstico de: Acidosis metabólica láctica. Infección tracto urinario.

- El día 12 de septiembre, el informe clínico de hospitalización en Medicina Intensiva indica: Se traslada a nuestra Unidad en una situación precaria, con TA de 90/30, mal perfundido y en situación de coma, tras haber hecho en el ascensor una convulsión tónico-clínica que cedió con bolo de diazepam. Se procede a IOT

(intubación oro traqueal) y soporte hemodinámico completo, canalizando de mahurkar femoral para HDFVVC. Explor. Física: TA 100/40 con NA a 1,5 mcg/k/m FC 85 1pm. PC de Hco3 a 50m1/h. Bajo efectos de sedación CP: RsCs arrítmicos sin soplos .M-V conservados en ambos campos pulmonares. Abd: blando sin masas ni megalias: ext: mal llenado capilar distal con frialdad. Ni edemas.

Eco TT UMI: Fracción de eyección del 65% por teich. VI no dilatado con HVI ligera e inversión de las ondas E/A (disf. diastólica). Válvula mitral y Ao normofuncionantes. IT ligera. Llama la atención cava colapsable en su totalidad en inspiración.

Diagnóstico: Shock hipovolémico/distributivo. Acidosis metabólica láctica intoxicación por metformina.

- El paciente fallece el día 13 de septiembre de 2014. En hoja clínico-estadística consta como diagnósticos relacionados con el ingreso: fracaso multiorgánico, shock distributivo, acidosis metabólica láctica, gastroenteritis y toxicidad por metformina.

2. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación presentada, al considerar que no concurren en el presente caso los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria. Entiende la Propuesta que se pusieron a disposición del paciente los medios necesarios de acuerdo con la sintomatología que presentaba en cada momento, por lo que la asistencia sanitaria prestada fue conforme a la *lex artis*, sin que pueda apreciarse el error de diagnóstico alegado por la reclamante.

3. Con carácter previo al análisis de la conformidad a Derecho de la Propuesta de Resolución, resulta necesario precisar que, como se recoge en reiterada jurisprudencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo y como obligadamente se repite en los dictámenes de este Consejo Consultivo, el servicio público de la sanidad se dirige a 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; porque, hoy por hoy, no se puede garantizar la recuperación de la salud, sino tan sólo asegurar que se emplean todas las medidas conocidas para intentarlo. El

funcionamiento de dicho servicio consiste en el cumplimiento de una obligación de medios, no de resultados.

Por tanto, no basta que en el funcionamiento de dicho servicio no se hayan obtenido unos resultados insatisfactorios para los usuarios, sino que esos resultados sean la concreción de un riesgo específico creado por el funcionamiento del servicio y que, además, sean antijurídicos en el sentido que no exista un deber jurídico para aquéllos de soportarlo.

Por ello, no son riesgos específicos creados por el establecimiento y funcionamiento de los servicios públicos sanitarios los ligados a la irreversibilidad de estados patológicos, al carácter limitado de los conocimientos de la ciencia médica y a la manifestación de efectos secundarios iatrogénicos inherentes a muchos tratamientos médicos, o a los riesgos conocidos que generan pero que se asumen, porque su probabilidad de plasmación es más o menos remota y es mayor la probabilidad de obtener resultados positivos.

De ahí que el criterio fundamental para establecer si los daños que se alegan han sido causados por la asistencia sanitaria pública y, por ende, son indemnizables estriba en si ésta se ha prestado conforme a la *lex artis ad hoc*, la cual se define como la actuación a la que deben ajustarse los profesionales de la salud, mediante la adopción de cuantas medidas diagnósticas y terapéuticas conozca la ciencia médica y se hallen a su alcance. Si el daño se ha producido por una mala praxis profesional, entonces es antijurídico y se considera causado por el funcionamiento del servicio público de salud y en consecuencia surge para éste la obligación de repararlo.

Las razones que se acaban de exponer, y que se resumen en que no poseen la cualidad de daños antijurídicos aquellos causados por la propia naturaleza e inevitables por la ciencia médica y que por ende no son indemnizables conforme a los arts. 139.1 y 141.1 LRJAP-PAC, están acogidas, como se adelantó, por la reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo sobre la responsabilidad extracontractual de los servicios públicos de salud. La STS de 9 octubre 2012, entre otras muchas, se expresa en este sentido en los siguientes términos:

«Con relación esta alegación del motivo debemos insistir en que, frente al principio de responsabilidad objetiva interpretado radicalmente y que convertiría a la Administración sanitaria en aseguradora del resultado positivo y, en definitiva, obligada a curar todos las dolencias, la responsabilidad de la Administración sanitaria constituye la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, pero, en ningún caso,

garantizador de resultados, en el sentido de que es exigible a la Administración sanitaria la aportación de todos los medios que la ciencia en el momento actual pone razonablemente a disposición de la medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales; conforme con este entendimiento del régimen legal de la responsabilidad patrimonial, en modo alguno puede deducirse la existencia de responsabilidad por toda actuación médica que tenga relación causal con una lesión y no concorra ningún supuesto de fuerza mayor, sino que ésta deriva de la, en su caso, inadecuada prestación de los medios razonablemente exigibles (así Sentencia de esta Sala de 25 de febrero de 2.009, recurso 9.484/2.004 , con cita de las de 20 de junio de 2.007 y 11 de julio del mismo año).

Con esto queremos decir que la nota de objetividad de la responsabilidad de las Administraciones Públicas no significa que esté basada en la simple producción del daño, pues además este debe ser antijurídico, en el sentido que no deban tener obligación de soportarlo los perjudicados por no haber podido ser evitado con la aplicación de las técnicas sanitarias conocidas por el estado de la ciencia y razonablemente disponibles en dicho momento, por lo que únicamente cabe considerar antijurídica la lesión que traiga causa en una auténtica infracción de la *lex artis*».

La aplicación de esta doctrina en el presente caso lleva a considerar que, tal como sostiene la Propuesta de Resolución, la asistencia sanitaria prestada al padre de la reclamante fue ajustada a este parámetro de la *lex artis*, pues el paciente recibió atención sanitaria adecuada a los síntomas presentados en cada momento, sin que de la documentación e informes obrantes en el expediente se pueda apreciar el error de diagnóstico que alega la reclamante.

Así, de esta documentación se infiere, como pone de relieve el informe del SIP, que el paciente acudió al Servicio de Urgencias del Doctoral en dos ocasiones diferentes, con un intervalo de tiempo de 5 días entre una y otra visita, y con sintomatología totalmente diferente en cada una de las visitas.

Así, en la primera de las visitas, el 6 de septiembre de 2014, presenta una sintomatología de dolor lumbar de tipo mecánico que irradiaba a pierna derecha y, tras la exploración física, se llega a la conclusión diagnóstica de lumbociática aguda. Para el SIP se trata de un diagnóstico totalmente coherente con los síntomas clínicos que manifestaba el paciente en ese momento y con la exploración física (de dolor en apófisis espinosas y Lasegue y Bragard +). Se le pauta tratamiento analgésico, y se le recomienda control por su médico de familia, sin que exista constancia en la historia clínica del paciente que hubiera acudido.

Pone de relieve además el SIP que, como puede advertirse en el informe clínico de Urgencias correspondiente a esta asistencia, el paciente no manifestaba ninguno

de los síntomas más comunes que hacen sospechar una posible infección urinaria, como son escalofríos, fiebre, náuseas, vómitos, disuria, polaquiuria, quemazón o escozor al orinar y dolor suprapúbico.

El paciente acude de nuevo al Servicio de Urgencias de su Centro de Salud cinco días después de esta primera asistencia. El motivo por el que acude en esta ocasión es por presentar vómitos de contenido alimenticio durante la mañana, dolor abdominal difuso, deterioro del estado general con astenia, adinamia y escasa ingesta hídrica. Además su hija refiere cuadro diarreico en los dos últimos días.

Según indica el SIP, los síntomas y signos que refiere el paciente en esta segunda visita al Servicio de Urgencias no guardan relación alguna con los que presentaba en la anterior ocasión y que llevaron al diagnóstico de lumbociática aguda. De acuerdo con los nuevos síntomas presentados, tras la exploración física, toma de constantes y valoración, se llega a la conclusión diagnóstica de síndrome cinético + estreñimiento y posible oclusión intestinal, por lo que se deriva al paciente al Hospital Insular para valoración por cirujano.

A su vez, según resulta también del expediente, la atención sanitaria prestada en el HUIGC fue la adecuada a la sintomatología del paciente, pues se le realizan todas las pruebas diagnósticas pertinentes, entre ellas un TAC abdominal ante la sospecha de oclusión.

En este momento al paciente se le diagnosticó una acidosis metabólica que, conforme explica el SIP, se desarrolla cuando se produce demasiado ácido en el cuerpo o cuando los riñones no pueden eliminar suficiente ácido del organismo. A su vez, la acidosis láctica es una acumulación de ácido láctico; este ácido se produce principalmente en las células musculares y los glóbulos rojos y se forma cuando el cuerpo descompone los carbohidratos para usarlos como energía cuando los niveles de oxígeno son bajos.

El paciente presentó sin embargo, durante su estancia en el Servicio de Urgencias hospitalario, una mala evolución con pobre respuesta a los expansores, motivo por el cual se inician drogas vasoactivas y se decide su ingreso en la Unidad de Medicina Intensiva, donde finalmente falleció con el diagnóstico al que ya se ha hecho referencia (fracaso multiorgánico, shock distributivo, acidosis metabólica láctica, gastroenteritis y toxicidad por metformina) y entre los que no se encuentra como causa diagnóstica de *exitus*, como indica el SIP, la infección urinaria que alega la reclamante. A este respecto indica el informe del SIP que si bien en el Servicio de

Urgencias hospitalario a su ingreso en el sistemático de orina presenta nitritos positivos y leucocitos 100/ul, muy probable en el contexto de un cuadro diarreico son deshidratación en un paciente diabético, en ningún momento se justifica como causa diagnóstica de *exitus*.

En definitiva, el paciente acudió al Servicio de Urgencias de su Centro de Atención Primaria en dos ocasiones, con cinco días de diferencia entre ambas y con síntomas y diagnósticos diferentes y su fallecimiento no guarda relación, según concluye el SIP, con los síntomas iniciales presentados por el paciente cuando acudió por primera vez al citado Servicio de Urgencias. La asistencia prestada fue además acorde con los síntomas presentados en cada ocasión. El Servicio Canario de la Salud puso pues a disposición del paciente los medios disponibles para tratar de curar su enfermedad, por lo que procede concluir que la asistencia prestada fue conforme a la *lex artis*.

De ello deriva que la desestimación de la reclamación que se propone es ajustada a Derecho, al no concurrir en el presente caso los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución se considera conforme a Derecho.