



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 378/2017

(Sección 1ª)

La Laguna, a 16 de octubre 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. 337/2017 IDS)**.

FUNDAMENTOS

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 10 de marzo de 2015, por (...), por la muerte de su hija generada supuestamente por negligencia médica en la asistencia sanitaria recibida del SCS.

2. La interesada cuantifica la indemnización que solicita en 105.448,93 euros, lo que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Excmo. Sr. 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 esta el presente procedimiento ya estaba iniciado.

* Ponente: Sr. Lorenzo Tejera.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva y 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.

5. Conforme al art. 13.3 del 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, el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, plazo que en el presente procedimiento se ha superado ampliamente; no obstante ello, esta demora 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 de la LRJAP-PAC, en relación con los arts. 43.3, b) y 142.7 de la misma.

6. En la tramitación del procedimiento no se aprecia que se haya incurrido en deficiencias formales que, por producir indefensión a la interesada, impidan un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

II

1. La reclamante funda su reclamación en el siguiente relato fáctico:

«Que su hija padecía esquizofrenia y epilepsia, enfermedades por las que era medicada.

Sin embargo, en los últimos años la situación médica de la paciente empeoró notoriamente, hasta el punto de llegar a manifestar en la consulta de fecha 25 de agosto de 2014 que se encontraba decaída, que pasaba mucho tiempo en la cama, padecer hiporexia, no salir a la calle, e incluso que estaba aburrida, anhedonia.

Todos ellos signos de alarma que describen los síntomas de una profunda depresión en la que posiblemente se hallaba sumida, y que requieren investigar e indagar en la causa real de la enfermedad para lograr tratar adecuadamente tal padecimiento.

(...)

Pero es más, incluso se hizo constar tal extremo por el enfermero del USM, quien manifestó haberla visto muy decaída y que incluso podía no estar colocándose los parches adecuadamente, resultando cuanto menos curioso, que se hacen constar estas manifestaciones en fecha 17 de septiembre de 2014, es decir dos días después de (...) acabara con su vida, algo que entiende podía haberse evitado».

2. El SIP, a la vista de la historia clínica y de los informes obrantes en el expediente, después de relatar sus antecedentes, concluye con las siguientes consideraciones:

La paciente padecía una enfermedad psicótica: esquizofrenia. La esquizofrenia es una enfermedad que básicamente se caracteriza por: alucinaciones, ideas delirantes, trastorno del pensamiento, de la autopercepción, falta de energía y de motivación, retraimiento social. Fue tratada por los servicios públicos del SCS de dicha patología desde 1995 hasta 2014 en Atención Primaria, Unidad de Salud Mental y consultas en el Servicio de Neurología hospitalaria.

Se realizó seguimiento de la paciente, que solo fue interrumpido por la no asistencia de la misma, a las citas y el alejamiento incluso de años del cuidado de la Unidad de Salud Mental, periodos durante los cuales tampoco acudía la familia. Cuando se requirió acudieron al domicilio tanto médico como enfermera. Igualmente, se ingresó en centro de día.

La paciente estuvo en tratamiento psiquiátrico privado a petición de la familia. El informe médico de dicha atención no se nos ha facilitado.

- La clínica que hemos visto en la historia clínica, repetitiva, es típica de la patología psiquiátrica de la paciente.

No hubo desatención.

Cuando en la paciente se vio una posibilidad de riesgo para el mantenimiento de la vida en condiciones normales (con ocasión de la pérdida de apetito, por la negativa a comer), que cursó con ideas delirantes sobre la comida, y la preparación de ésta, quejas sobre su madre, etc., el equipo de la USM acudió al domicilio y plantearon ingreso hospitalario. A lo cual la paciente era reticente, quien entonces intenta esforzarse en mejorar, se intenta consensuar y llegar acuerdos.

Se reinician las consultas con USM y la toma de su medicación. Así, dicho planteamiento de ingreso fue desestimado por la mejoría paulatina de la paciente. Tenía ayuda familiar, estaba atendida.

Los estudios analíticos adecuados estaban todos normales, salvo por trastorno del colesterol, o sea, buen estado físico.

Hay que referir también que la paciente no era agresiva, era tranquila (salía a la calle, sacaba a los perros), con los altibajos típicos en esta enfermedad.

Por el comportamiento familiar y social no había razones de ingreso.

Como refiere en su informe la responsable de la USM: «la evolución en los últimos meses de seguimiento es una continuidad del proceso expuesto». No hay datos de depresión mayor. Sí un estado subdepresivo que se estaba tratando desde 2011.

Enfermería siguió acudiendo al domicilio de la paciente. En estas visitas como en las efectuadas al psiquiatra, «la paciente no comentó sentirse peor a nivel afectivo y si bastante afectada por el proceso de dolor crónico, del que padecía hacía tiempo, y que estaba en tratamiento con parches de morfina».

No tuvo crisis delirantes previas, que requirieran urgencia o tratamiento hospitalario.

Nunca tuvo un proceso de autolesión conocido. No tenía un comportamiento suicida. No presentaba ideación suicida, ni autoagresión.

Los pacientes con esta enfermedad tienen mayor riesgo de suicidio tras un internamiento, o bien antes del mismo, por ello hay que ser muy cuidadosos.

El riesgo de suicidio en un paciente con esquizofrenia, a lo largo de la vida es de un 4% a 6%.

No hay datos claros sobre estrategias que reduzcan el suicidio en estos pacientes.

- Las razones de ingreso hospitalario son: autolesión, agredir a otras personas o bien delirios muy fuertes; como hemos dicho, la paciente no presentaba tales hechos.

No se podía predecir el suicidio de la señora.

La falta de asistencia de la paciente o familiares a las citas en la USM, la asistencia a psiquiatra privado, etc., no ayudaba al seguimiento de la paciente.

La actuación de los servicios sanitarios funcionó de acuerdo a la demanda de asistencia de la paciente y su familia y al interés propio de los trabajadores de la

USM, todo ello en el contexto del tratamiento y seguimiento de una enfermedad mental crónica, con las fluctuaciones que presentan estas enfermedades mentales.

No se observa dejación de funciones o mala praxis.

3. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación al no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración, ya que entiende que no se objetiva nexo causal entre el funcionamiento del servicio y el fatal desenlace producido.

III

1. En este caso, es necesario partir, como condición para entrar en otras cuestiones, de una serie de hechos indubitados.

El primero de ellos es el relativo al estado mental de la paciente y a la evolución de su patología, especialmente en lo que se refiere al momento inmediatamente anterior a su fallecimiento.

Teniendo en cuenta la patología que sufría, esquizofrenia, en el informe del Servicio de Salud Mental se afirma: «la evolución en los últimos meses de seguimiento es una continuidad del proceso expuesto. No hay datos de depresión mayor. Sí un estado subdepresivo que se estaba tratando desde 2011».

El informe del Servicio de Inspección y Prestaciones sostiene «que no tenía un comportamiento suicida. No presentaba ideación suicida, ni autoagresión, agregando que los pacientes con esta enfermedad tienen mayor riesgo de suicidio tras un internamiento, o bien antes del mismo, por ello hay que ser muy cuidadosos».

Añade el SIP que, siendo «las razones de ingreso hospitalario autolesión, agredir a otras personas, o bien delirios muy fuertes, la paciente no presentaba tales hechos», por lo que sentencia que «no se podía predecir el suicidio de la señora».

2. Para la determinación de la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada se ha de reiterar la doctrina de este Organismo respecto de casos similares al presente (DDCCC 38/2016, 274/2014, 76/2010, 178/2006, 133/2002, entre otros), y, a su vez, de la doctrina del Tribunal Supremo en su constante jurisprudencia (SSTS de 13 de octubre de 2008, de 5 de mayo de 2007 y de 27 de enero de 2001, entre otras).

Así, en su Sentencia de fecha 21 marzo 2007, el TS señala que:

«De la argumentación contenida en dicha sentencia se extraen las siguientes conclusiones que deben examinarse en relación al caso de autos. En primer lugar es necesario analizar si el intento de autolisis resultaba o no previsible a la vista de los antecedentes de la paciente, por cuanto si atendidos estos podía resultar previsible lo ocurrido, hubiera devenido necesario adoptar las necesarias medidas de atención y cuidado (...)».

De la anterior doctrina se colige que en este caso la valoración de la actuación del servicio público concernido y la posible concurrencia de responsabilidad patrimonial por el hecho lesivo viene determinada por dos circunstancias: por un lado, en que el estado y los síntomas que presentaba la paciente no eran expresivos, conforme las indicaciones y recomendaciones preventivas para el manejo del comportamiento suicida, de la posibilidad de tal resultado lesivo; por otro, en que se realizó un seguimiento continuo del estado de la hija de la reclamante, que no mostraba una ideación o determinación suicida, con soporte psicosocial y farmacológico adecuado a la patología que padecía.

De tales circunstancias ha de concluirse, por tanto, que no concurren los elementos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

De los antecedentes anteriormente expuestos se desprende claramente que el desenlace fatal fue impredecible y difícilmente evitable pues, pese a haberse realizado un preciso seguimiento de la evolución del estado mental de la paciente, no se pudo ni advertir, ni mucho menos impedir, que pusiera fin a su vida.

En definitiva, hubo un correcto funcionamiento del servicio sanitario, sin que sea razonable exigir una mayor intensidad en su prestación, lo que implica que el óbito se produjo de forma ajena al exigible, normal y adecuado funcionamiento del mismo.

Así pues, no concurre relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público afectado y el fallecimiento de la paciente, lo que impide el surgimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, que desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial, es conforme a Derecho.