



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 106/2018

(Sección 1ª)

La Laguna, a 15 de marzo de 2018.

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. 57/2018 IDS)**.

FUNDAMENTOS

I

1. Se dictamina sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SCS) tras la presentación y tramitación de una reclamación de indemnización por los daños que se alegan producidos por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias. Está legitimada para solicitarla el Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada ley.

3. En lo que se refiere a los antecedentes de hecho, teniendo en cuenta lo expuesto en la documentación obrante al expediente, procede señalar que son los siguientes:

Que el día 13 de julio de 2015, el hermano de la reclamante acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Ntra. Sra. de La Candelaria (HUNSC) y quedó ingresado en el Servicio de Neurología por presentar cuadro sincopal, con debilidad en el hemicuerpo derecho y dificultad en el habla; tras diversas pruebas se le

* Ponente: Sr. Lorenzo Tejera.

diagnosticó isquemia aguda en territorio de arteria cerebral media izquierda, sin oclusión de gran vaso.

En ese momento el paciente contaba con 68 años de edad y tenía como antecedentes tabaquismo activo, consumo moderado de alcohol, lúes tratada en 2007, diabetes mellitus tipo II sin tratamiento médico (no acudía a consultas) e hipertensión arterial.

Además, durante el tiempo que estuvo ingresado en el HUNSC se le realizaron diversos estudios y pruebas, determinado que padecía miocardiopatía dilatada de probable origen isquémico con disfunción ventricular izquierda severa. El día 23 de julio de 2015 se le dio el alta hospitalaria y se le prescribieron los tratamientos farmacológicos correspondientes a sus distintas patologías, remitiéndolo a los especialistas necesarios para el adecuado seguimiento de sus enfermedades.

En las distintas consultas con los especialistas en cardiología, tanto del HUNSC como de la Clínica de San Juan de Dios, se le recomendó al paciente la realización de un cateterismo cardíaco a lo que inicialmente se negó. Sin embargo, tras la consulta de 27 de noviembre de 2015 mostró su conformidad con realizárselo, efectuándose el día 3 de febrero de 2016 en el HUNSC. Mostraba oclusión al 100% de la arteria coronaria derecha, de la descendente anterior y lesión severa en ramo mediano/intermedio, lo que se denomina técnicamente como enfermedad severa de tres vasos coronarios.

El día 12 de febrero de 2016, teniendo en cuenta el resultado de la coronografía efectuada, se celebra en el HUNSC una sesión médico-quirúrgica, en presencia de varios cardiólogos y de un cirujano cardíaco para debatir cuál debería ser el tratamiento correcto para el paciente. Los doctores acordaron de forma consensuada que no procedía el tratamiento quirúrgico de las lesiones, pues la mala función ventricular izquierda, la oclusión crónica de los tres vasos coronarios hacía que la cirugía fuera inviable, ya que eran mayores los riesgos que los beneficios que la misma le podía traer. De todo ello se le informó en la consulta de 23 de marzo de 2016.

Después de las pruebas diagnósticas específicas que se le realizaron el día 22 de junio de 2016 (estudio de eco estrés farmacológico con dobutamina) quedó patente para los doctores que tampoco procedía la revascularización coronaria, ya que en modo alguno mejoraría su estado y además conllevaba graves riesgos.

Después de ello el paciente permaneció asintomático y con los correspondientes tratamientos farmacológicos de carácter conservador.

Por último, el día 12 de mayo de 2016, falleció de forma repentina como resultado de un edema agudo de pulmón, ocasionado por las graves patologías cardíacas que padecía.

4. La reclamante alega que dos meses antes del fallecimiento de su causante se emitió un informe médico por parte del Servicio de Cardiología del HUNSC en el que se manifestó que el paciente sufría enfermedad de tres vasos nativos de aceptable calibre, lo cual era un diagnóstico erróneo que llevó a que no se le tratara debidamente, especialmente mediante la cirugía cardíaca, causando su fallecimiento cuando era del todo evitable. Por tal razón, la reclamante solicita la indemnización que corresponda por el fallecimiento de su hermano.

5. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada resulta de aplicación la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

II

1. El procedimiento comenzó con la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el 12 de mayo de 2017.

El día 6 de junio de 2017, se dictó la Resolución de la Secretaría General del SCS por la que se admitió a trámite la reclamación formulada.

2. Este procedimiento cuenta con el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) de la Secretaría General del SCS y los informes de los Servicios de Neurología y Cardiología del HUNSC y del Servicio de Cardiología de la Clínica San Juan de Dios

Además, se acordó la apertura del periodo probatorio, incorporándose las pruebas propuestas y se otorgó el trámite de vista y audiencia a la reclamante sin que presentara escrito de alegaciones.

Asimismo, la Administración adjunta al expediente la copia de la notificación destinada al resto de posibles herederos, efectuada a través de anuncios en el BOC y en el BOE.

El día 5 de febrero de 2018, se emitió Propuesta de Resolución, vencido el plazo resolutorio, sin justificación para ello; pero esta demora no obsta para resolver expresamente, a tenor de lo establecido en los arts. 21.1 y 24.3.b) LPACAP.

3. Concurren los requisitos legalmente establecidos para hacer efectivo el derecho indemnizatorio previsto en el art. 106.2 de la Constitución (arts. 32 y ss. LPACAP).

En la página 299 del expediente consta un escrito por el que A.M.L.G. solicita personarse como parte al presente procedimiento, pero sin que presente ni se le requiera la documentación que acredite su condición de interesado.

III

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación formulada, pues el órgano instructor entiende que no existe daño antijurídico que justifique el reconocimiento de una indemnización por responsabilidad patrimonial, ya que ha quedado acreditada una actuación sanitaria adecuada y continua en el tiempo y conforme a la *lex artis*, poniendo a disposición del paciente todos los medios posibles para su curación.

Además, se hace constar en la Propuesta de Resolución que, teniendo en cuenta el resultado de las pruebas y estudios diagnósticos que se le realizaron, en sesión médico-quirúrgica se descartó la cirugía y la revascularización del paciente, pues no eran viables en atención a la mala función ventricular izquierda y la oclusión crónica de las arterias descendente anterior y coronaria derecha.

2. La interesada considera que los resultados de las pruebas diagnósticas efectuadas a su hermano con posterioridad a la isquemia padecida, fueron mal interpretados por los especialistas del SCS, que consideraron que no había una oclusión de diversas arterias coronarias y que ello les llevó a dar un diagnóstico equivocado y un tratamiento inadecuado que a la larga causó la muerte de su causante.

Además, aporta un informe pericial, elaborado por un médico forense, que se basó en los documentos que la interesada le entregó, desconociéndose cuales fueron los mismos, y que consideró en su informe pericial, teniendo en cuenta la existencia de las lesiones de tres vasos coronarios, que «Por todo lo anterior entiendo que se podría haber evitado su fallecimiento si se hubiera realizado dicha angioplastia coronaria y no haber demorado la misma y someterlo a un periodo de observación y tratamiento por la existencia de dicha miocardiopatía dilatada restrictiva».

3. Por el contrario, como ya señalamos, los especialistas en Cardiología del SCS, basándose principalmente en los resultados del cateterismo cardíaco, que determinaron respectivamente, la oclusión crónica de arteria descendente, lesión en rama obtusa marginal de la arteria circunfleja y la oclusión crónica de arteria coronaria derecha (página 64 del expediente), acordaron en la sesión médico-quirúrgica de 12 de febrero de 2016, en la que intervino la cardióloga de la Clínica San Juan de Dios, que también atendió en consultas externas de cardiología al paciente, otros cardiólogos y el cirujano cardíaco del HUNSC, no intervenirle quirúrgicamente por la falta de viabilidad.

Al respecto en el informe del Servicio se afirma que:

«En sesión se decidió, de forma colegiada, que dada su mala función ventricular izquierda y la oclusión crónica de la descendente anterior y coronaria derecha solo estaría indicada la revascularización si se demostraba que los territorios dependientes de las arterias coronarias ocluidas eran viables, es decir, que una revascularización pueda hacer que mejoren.

(...)

Para valorar su viabilidad se realizó un ecocardiograma de estrés con dobutamina cuyo resultado indicó que no existía viabilidad de esos territorios».

Posteriormente, el día 22 de febrero de 2016, se le efectuó el test ecotranstorácico de estrés, al que se hace referencia en el informe anterior, que determinó la disfunción sistólica severa de ventrículo izquierdo, lo que mostraba la falta de viabilidad mencionada.

Se añade en el informe referido que los pacientes con tales datos tienen mal pronóstico a medio plazo con una mortalidad entorno al 50% a los tres o cinco años, concluyendo que la autopsia mostró oclusión en la arteria coronaria derecha y en la descendente anterior, coincidiendo con los resultados del cateterismo cardíaco que se le efectuó al paciente.

4. Asimismo en el informe del SIP se afirma que el paciente estaba afectado de una miocardiopatía dilatada isquémica que no era recuperable mediante revascularización por lo que tenía muy mal pronóstico y que había que tener en cuenta la presencia de otras graves patologías y antecedentes personales que influyeron en su mal pronóstico, como fueron su diabetes mellitus complicada y el tabaquismo.

5. Por lo tanto, ha quedado acreditado suficientemente mediante el informe del Servicio de Cardiología del HUNSC y la restante documentación médica obrante en el expediente que el diagnóstico efectuado fue correcto tanto en la sesión médica de 12 de febrero de 2016 como en el test de 22 del mismo mes y año. Este diagnóstico, oclusiones de los vasos y disfunción sistólica, coincidente con el de la autopsia, es el que lleva a decidir la no intervención quirúrgica del paciente por los motivos ya señalados.

Por ello, fue la existencia de tales patologías, las que refieren la interesada y su perito, las que indicaron a los especialistas en la materia la falta de viabilidad médica de las intervenciones mencionadas y no una falsa valoración por su parte del estado del paciente, como infundadamente alega la interesada.

6. Este Consejo Consultivo ha venido manteniendo de forma reiterada y constante, como se hace en el reciente dictamen 62/2018, de 21 de febrero, que:

«Este Consejo Consultivo, como no podía ser de otro modo, sigue la doctrina jurisprudencial relativa a la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas en el ámbito sanitario (por todos, Dictámenes 42/2016, de 18 de febrero y 50/2016, de 18 de febrero), la cual se expone claramente en la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, de 9 de octubre de 2012, en la que se insiste en que las prestaciones del sistema sanitario público consisten en una obligación de medios y no de resultados, tal y como se ha señalado anteriormente.

Doctrina que es aplicable al presente asunto, pues en modo alguno se ha probado que la actuación del Servicio haya sido contraria a la *lex artis* o que la Administración sanitaria haya incumplido en algún momento su obligación de medios, por los motivos ya expuestos con anterioridad.

Además, como este Consejo ha manifestado recurrentemente (ver, por todos, los Dictámenes 238/2016, de 25 de julio y 343/2016, de 19 de octubre), sin la prueba de los hechos es imposible que la pretensión resarcitoria pueda prosperar. El art. 6.1 RPAPRP, en coherencia con la regla general del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), impone al reclamante la carga de probar los hechos que alega como fundamento de su pretensión resarcitoria», siendo aplicable toda esta doctrina al presente supuesto, ya que no se ha probado la existencia de un diagnóstico erróneo, que se haya actuado en contra de la *lex artis* y que no se hayan puesto a disposición del paciente la totalidad de los medios humanos y materiales con los que cuenta el SCS.

La interesada solo ha presentado un informe pericial, que no fue elaborado por un especialista en cardiología o cirugía cardíaca y que difícilmente se puede

considerar que desvirtúa lo expuesto en los informes elaborados por el personal sanitaria del SCS.

7. Por tanto, no se ha probado la existencia de relación de causalidad entre el funcionamiento del Servicio, que ha sido correcto, y los daños por los que se alega. La Propuesta de Resolución analizada, de carácter desestimatorio, es conforme a Derecho, de acuerdo con la argumentación que se contiene en el Fundamento III de este Dictamen.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, de carácter desestimatorio, es conforme a Derecho.