



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 2 7 8 / 2 0 1 8

(Sección 2ª)

La Laguna, a 18 de junio 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. 230/2018 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por el 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 (SCS), iniciado el 12 de abril de 2017 a instancia de (...), solicitando una indemnización por los daños producidos como consecuencia, dice, de la asistencia sanitaria prestada en dependencias del SCS.

2. La reclamante solicita por los daños sufridos una indemnización de 245.950,86 euros, cantidad que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería para solicitarlo, según los arts. 11.1.D, e) y 12.3 de la Ley del Consejo Consultivo de Canarias, en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), normativa esta última aplicable porque la reclamación ha sido presentada después de la entrada en vigor de la misma.

También son de aplicación la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; la Ley 41/2002, de

* Ponente: Sr. Lazcano Acedo.

14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

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

4. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (art. 21.2 LPACAP), sin embargo aún expirado este, y sin perjuicio de los efectos administrativos y, en su caso, económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

5. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del SCS, 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.

No obstante, el órgano competente para instruir y proponer la resolución de los procedimientos de responsabilidad patrimonial que se deriven de su ámbito de actuación es la Dirección General de Recursos Económicos del SCS, conforme a la Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos de este Servicio.

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

II

1. La interesada basa su pretensión en los siguientes hechos, según su reclamación:

- El 20 de septiembre de 2016 cae en la vía pública. Se golpea la cabeza con resultado de sangrado y desorientación. Es llevada en ambulancia al Hospital Universitario de Canarias (HUC). Permanece en urgencias horas hasta que es vista por el facultativo. No es evaluada por neurología, no se realizan pruebas complementarias, ni se deja en observación. Tampoco se limpia la herida, Es dada de alta, aún desorientada.

- Una vez en su casa, pierde la conciencia y se desploma. Permanece en el suelo alrededor de 9 horas, hasta que es encontrada por una amiga.

De nuevo es trasladada al HUC en una ambulancia. Tras realizar pruebas se observa una hemorragia subaracnoidea.

- La interesada reclama ya que entiende que no se le realizaron las pruebas oportunas, y que la observación no fuera suficiente tras un traumatismo craneal, lo que produjo que antes de las veinticuatro horas empeorase y sufriera una nueva caída con resultado de hemorragia subaracnoidea.

2. De la documentación médica obrante en el expediente, constituida por el historial de la interesada y por los informes emitidos por los facultativos que participaron en la atención sanitaria prestada, para el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) resultan los siguientes hechos:

- La reclamante de 78 años posee antecedentes de caídas y traumatismo craneal en noviembre de 2012 y julio de 2014.

- El 20 de septiembre de 2016 por sufrir caída en la vía pública es trasladada en ambulancia al HUC, llegando a las 13:35 horas. Por el Servicio de Urgencias Canario se informa que presentaba traumatismo en dedo meñique izquierdo y zona temporal izquierda.

- En el HUC consta: refiere «que puso la mano en una pared y se fue deslizando. No pérdida de conciencia (...)». A la exploración: «Orientada en tiempo y espacio. No focalidad neurológica (...)».

- En valoración por Traumatología se observa: 1. Luxación de interfalángica proximal de V dedo con herida que requiere reducción e inmovilización, limpieza y sutura. Se pauta tratamiento antibiótico y se cita en siete días. 2. Hematoma subcutáneo parietal (izquierdo).

Ni los antecedentes personales, ni las circunstancias del traumatismo, ni a la exploración la reclamante presentaba factor de riesgo o circunstancia alguna, como anticoagulación, traumatismo de alta energía, pérdida de conciencia, cefalea, vómitos, crisis convulsiva, focalidad neurológica, somnolencia, etc. que recomendara la adopción de medidas diagnósticas o terapéuticas distintas a las que se efectuaron.

- Se indica alta hospitalaria en situación de estabilidad, con indicación de acudir a su médico de atención primaria y efectuar controles por traumatología.

- A las 11:39 horas del día 21 de septiembre de 2016 una alertante activa los servicios del SUC por encontrar a la paciente en el domicilio desorientada, y no recordar cómo se cayó ni cuánto tiempo permaneció en el suelo.

- A las 12:47 h ingresa en el servicio de Urgencias del HUC. A su llegada se encuentra consciente, orientada en persona y desorientada en tiempo y espacio. Colaboradora, con pupilas isocóricas y normo reactivas, sin déficits focales. Glasgow 14. En función de la escala del coma de Glasgow (GSC) los traumatismos craneoencefálicos se clasifican en: leve GCS 15-14, moderado GCS 13-9, grave GCS 8-3. No existía otra sintomatología.

- Se realiza analítica que detecta cifras de hiperglucemia 295 mg/dl (N: 65-110), iniciando estudio de perfil diabético, hasta ahora desconocido.

- Se realiza TAC craneal que descarta fracturas craneales y objetiva la presencia de: Hematoma de partes blandas, extracraneal, en zona fronto- temporal izquierda (ya conocido).

- Pequeña contusión frontal derecha hemorrágica, sin complicaciones. Valorada por neurocirugía y por presentar «debilidad y discreta desorientación», ingresa en planta de hospitalización. Actitud expectante. Se realizan TAC evolutivos, siendo alta hospitalaria el 30 de septiembre de 2016.

EL SIP llega a las siguientes conclusiones:

1. Los servicios de urgencias hospitalarios prestan la asistencia sanitaria necesaria para atender la causa que ha llevado al paciente a acudir al mismo, según el nivel de gravedad y riesgo. Si se trata de patologías en las que existan riesgos para la vida del paciente, la asistencia debe ser inmediata y con la extensión que precise. Sin embargo, en situaciones graves no urgentes según el estado clínico, se trata la sintomatología que se haya exacerbado y/o presentado para, una vez estabilizado, derivar al paciente al Servicio médico implicado para ampliar estudio y continuar el tratamiento, como efectivamente se realizó.

2. Los servicios sanitarios 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 o en otras dependencias agoten sin más indicios todas las múltiples pruebas diagnósticas y múltiples patologías sin que los síntomas que se tengan exijan su realización.

3. Conjuntamente con la lesión en V dedo de la mano izquierda, el hematoma de partes blandas extracraneal (chichón) en región fronto temporal izquierda, fue la

lesión presentada en el episodio del 20 de septiembre. Dicha afectación, sin otro síntoma NO requiere actuación distinta a la que se planteó.

Ni los antecedentes personales, ni las circunstancias del traumatismo, ni a la exploración la reclamante presentaba factores de riesgo, como morbilidades o signos de alarma como anticoagulación, traumatismo de alta energía, pérdida de conciencia, cefalea, vómitos, crisis convulsiva, signos de focalidad neurológica, somnolencia, etc. que recomendara la adopción de medidas diagnósticas o terapéuticas distintas a las que se efectuaron.

4. No existió agravamiento, sino una segunda caída en el domicilio, por causas desconocidas, que ocasiona el pequeño foco hemorrágico frontal intracraneal derecho que no produce alteraciones secundarias, responsable de la sintomatología cuadro confusional sin otra afectación, que requirió manejo expectante durante el ingreso hospitalario durante 9 días.

3. Conferido el preceptivo trámite de Audiencia, la interesada no realiza alegaciones ni presenta nueva documentación.

4. La Propuesta de Resolución, con base en los distintos informes obrantes en el expediente, desestima la reclamación presentada por no concurrir los requisitos necesarios para declarar responsabilidad patrimonial del SCS. En particular, considera que no existió mala praxis en la atención de Urgencias del día 20 de septiembre de 2016, ni relación causal entre los daños alegados en segunda caída y la actuación del SCS, no existe daño antijurídico indemnizable.

III

1. Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone. Sobre la Administración recae el *onus probandi* de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y

colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y, del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC), que permite trasladar el onus probandi a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

2. En el presente procedimiento la pretensión resarcitoria del reclamante se fundamenta en la deficiente atención prestada tras la caída que sufrió la interesada el día 20 de septiembre de 2016, puesto que, expone, no se le realizaron las pruebas oportunas, ni la observación suficiente tras un traumatismo craneal, lo que produjo que antes de las veinticuatro horas empeorase y sufriera una nueva caída con resultado de hemorragia subaracnoidea.

Como hemos reiterado en múltiples ocasiones, sin la prueba de estos extremos de hecho es imposible establecer que existe una relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada por los facultativos del SCS y los supuestos daños por los que se reclama. Sin la determinación de ese nexo causal no es posible la estimación de la pretensión resarcitoria. La reclamante no ha aportado pruebas o informes médicos que demuestren el fundamento fáctico de esa afirmación. Por contra, de la documentación clínica y los otros informes médicos obrantes en el expediente se desprende que sin haber tenido una pérdida de conocimiento y con una exploración neurológica normal, no es necesario realizar un scanner a la paciente. Ni los antecedentes personales, ni las circunstancias del traumatismo (hematoma de partes blandas extracraneal en región fronto temporal izquierda), ni a la exploración, la paciente presentaba factor de riesgo o circunstancia alguna (anticoagulación, traumatismo de alta energía, pérdida de consciencia, cefalea, vómitos, crisis convulsiva, focalidad neurológica, somnolencia, etc.) que recomendará la adopción de medidas diagnósticas o terapéuticas distintas a las que se efectuaron. No está acreditado que existiera agravamiento, sino una segunda caída en el domicilio, que ocasionó el pequeño foco hemorrágico frontal intracraneal derecho, que no produce alteraciones secundarias, y fue el responsable del cuadro confusional sin otra afectación, que requirió manejo expectante durante el ingreso hospitalario, durante 9 días. De hecho, las pruebas complementarias tras la segunda caída únicamente encontraron las lesiones propias de esta segunda caída (pequeño foco hemorrágico frontal intracraneal derecho).

3. La evolución posterior del caso no puede ser indicativa de que inicialmente se actuase de forma inadecuada. Sobre la posibilidad de utilizar la acción de regreso, ya este Consejo en distintas ocasiones, entre otros en los DDCCC 185/2018, 96/2018, 64/2018 y 426/2016, ha señalado lo siguiente:

«Así, por ejemplo en la Sentencia 8/2010, de 29 enero, del Tribunal Supremo, Sala de lo Civil, Sección 1ª se afirma que:

“(…) solo el diagnóstico que presente un error de notoria gravedad o unas conclusiones absolutamente erróneas, puede servir de base para declarar su responsabilidad, al igual que en el supuesto de que no se hubieran practicado todas las comprobaciones o exámenes exigidos o exigibles (SSTS 15 de febrero y 18 de diciembre de 2006; 19 de octubre 2007); todo lo cual conduce a criterios de limitación de la imputabilidad objetiva para recordar que no puede cuestionarse esta toma de decisiones si el reproche se realiza exclusivamente fundándose en la evolución posterior y, por ende, infringiendo la prohibición de regreso que imponen los *topoi* (leyes) del razonamiento práctico (SSTS de 14 de febrero de 2006, 15 de febrero de 2006, y 7 de mayo de 2007)”».

Esta doctrina resulta aplicable al presente caso, puesto que no se ha demostrado que la segunda caída fuese consecuencia del agravamiento de la primera, por la que fue atendida, por lo que reclamar basándose en que la no práctica de más pruebas (como el scanner) impidió ver lesiones que le provocaron la segunda caída, circunstancia no probada, vulnera, como establece la jurisprudencia citada, la prohibición de regreso.

En definitiva, no se ha acreditado que la no realización de determinadas pruebas -no indicadas ante la ausencia de antecedentes personales, ni por las circunstancias del traumatismo, ni por los factores de riesgo, comorbilidades o signos de alarma) una segunda caída en su casa, pudiendo afirmarse, por tanto, que la asistencia prestada fue en todo momento adecuada a la *lex artis ad hoc*, no pudiéndose reprochar por los resultados (posterior caída en su casa); todo lo cual impide, como se ha razonado, el surgimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración, por lo que se ha de concluir con la Propuesta de Resolución que procede desestimar la pretensión resarcitoria.

C O N C L U S I Ó N

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