



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 3 5 / 2 0 1 9

(Sección 2ª)

La Laguna, a 16 de abril de 2019.

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 (...), en su propio nombre y en el de su hermano (...), por el fallecimiento de su madre, (...), como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 105/2019 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 el 18 de marzo de 2019 y con registro de entrada en este Consejo Consultivo de 19 de marzo de 2019, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial por daños sanitarios ocasionados presuntamente por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud (SCS).

2. Se reclama inicialmente una indemnización que asciende a 71.705,22 euros para el esposo, (...) y 25.870 € para cada uno de los dos hijos. Esta cuantía determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del 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 (LCCC), en relación, el primer precepto, 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).

3. Se cumple el requisito de legitimación activa, teniendo la reclamante y su hermano la condición de interesados, por haber sufrido en su esfera moral el daño

* Ponente: Sra. de León Marrero.

por el que se reclama, que es el fallecimiento de su madre [art. 4.1.a) LPACAP], habiendo aportado la documentación acreditativa de tales extremos. No así en el caso del padre de la reclamante y esposo de la fallecida, (...), pues no se ha aportado documento alguno acreditativo de su intención de reclamar, limitándose la interesada a solicitar una indemnización en su nombre.

Asimismo, la legitimación pasiva corresponde a la Administración sanitaria al imputársele la causación de los daños por los que se reclama, según se alega, por la deficiente asistencia sanitaria derivada del Servicio Canario de la Salud.

Finalmente, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, al haberse presentado dentro del plazo de un año para reclamar establecido en el art. 67.1 LPACAP, pues la reclamación se presentó el 10 de mayo de 2017 respecto de un hecho acaecido el 21 de agosto de 2016.

II

1. La interesada reclama por el fallecimiento de su madre como consecuencia de la deficiente asistencia sanitaria prestada por el SCS. Concretamente, en el escrito de reclamación expresa sus alegaciones como sigue:

«(...) Mi madre, (...), había sido dada de alta en el HU de La Candelaria, el viernes 12 de agosto, aquejada de una grave enfermedad. El fin de semana no lo pasó muy bien y el lunes 15, desde el propio centro se llama al 012 para que asistan a mi madre, alrededor de las 20:00 horas, ya que no la veíamos muy bien, estaba perdiendo coordinación al hablar, se la veía confusa y con problemas al hablar, y con muy poca ingesta de alimentación y bebida. El personal de la ambulancia medicalizada, tomó las constantes vitales a mi madre, y valoraron que eran adecuadas, para no ser trasladada al hospital.

El martes 16 de agosto, me indican inicialmente, que el médico contratado por el centro para visitar a los residentes, no viene hasta por la tarde, decido llamar al centro de salud, para hablar con médico de cabecera y solicitarle asistencia, ya que encontraba a mi madre peor que el día anterior, La llamada la realicé desde mi teléfono móvil a las 11:21 (duración 7m 16seg).

El médico, que me dijo ser el sustituto de vacaciones de la titular, me escuchó atentamente, y me dijo, que tal como le explicaba, podía ser grave, si se trataba de un exceso en la medicación administrada para el dolor. Me indicó que le llamara en 20 minutos, porque después del puente, tenían muchos pacientes en el consultorio, y que hablaba con su compañera, a ver si uno de los dos podía pasar a verla.

Transcurridos 20 minutos, a las 11:50 (duración 5m 24 seg.), vuelvo a llamar al centro, me identifico, y la persona que me coge el teléfono, la enfermera, me indica, que el

protocolo no permite visitar a un paciente institucionalizado, como era el caso de mi madre, porque la residencia en la que estaba tenía sus propios enfermeros y médicos, y eran ellos los responsables de mi madre. Yo le comenté que el médico no venía hasta por la tarde, porque tenía unos días y horas contratados, y que mi madre necesitaba ser vista por un médico. Me insiste ella en el protocolo y a mi insistencia de hablar nuevamente con el médico, me pasa la llamada.

El médico, el cual en mi primera llamada, estaba dispuesto a organizar la visita, me dice que lo ha hablado con su compañera la enfermera y que el protocolo que existe no le permite visitar a mi madre.

Ante mi preocupación vuelvo a preguntar en la residencia por la hora a la que viene el médico, y me dicen que probablemente sea el jueves ya que los días que tenía contratados eran lunes y jueves (¡y era martes!).

Me saltan las alarmas, llamo de nuevo al centro de salud de Igüste (11:58), y comunicaba, así que cojo el coche y subo. El médico estaba en ese momento entrando a un paciente, y la enfermera queda al poco libre. Toco y entro en su despacho, me identifico y le explico situación y el hecho de que el médico contratado por la residencia de mi madre no viene hasta el jueves (...).

No esperé, me fui con mi madre. La ayudé como pude. Le di de comer (nadie supervisó que con la parálisis que tenía no debía comer). El médico de la residencia finalmente vino a las 18:00 horas. La enfermera del centro llegó a las 15:00 y le puso un suero, para que estuviera hidratada.

Cuando llegó el médico de la residencia de mayores, le expliqué lo que me había ocurrido en el Centro de Salud, y él me dice que el responsable de mi madre, es el médico de cabecera, él es quien revisa o ajusta la medicación y quién toma las decisiones sobre sus pacientes, y que él como médico de la residencia, puede aconsejar, asesorar, en base a lo que el observa en las visitas.

Mi madre empeora. A las 20:30, se llama desde el centro al 012 y se la traslada al HU de la Candelaria.

Mi madre había sufrido un ictus y presentaba fiebre por un cuadro infeccioso (...).

2. En cuanto a la tramitación del procedimiento, constan las siguientes actuaciones:

- Mediante Resolución de 15 de mayo de 2017, se admite a trámite la reclamación y se solicita al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) que, a la vista de la historia clínica del paciente y de los informes preceptivos correspondientes, emita informe.

- El 26 de noviembre de 2018, el SIP emite informe que acredita la siguiente sucesión cronológica de hechos:

«La paciente se hallaba domiciliada en una residencia de mayores: (...). Estaba inscrita, a efectos de atención por médico de cabecera, en el Centro de Salud de Igueste.

El 12 de agosto de 2016, estando ingresada en el HUNSC por carcinoma de páncreas, recibe el alta a domicilio.

El 15 de agosto de 2016, se llama al 112 para que la asistan -alrededor de las 20:00 hs- ya que estaba perdiendo la coordinación al hablar, parecía confusa y con poca ingesta de alimento y bebida. El personal de la ambulancia medicalizada, tomó las constantes y valoró que eran adecuadas para no ser trasladada al hospital.

El 16 de agosto de 2016, le indican que el médico de la residencia de mayores no vendría hasta por la tarde. Su hija contacta con el médico de familia del C.S de Igueste, quien le indica que puede tratarse de un exceso de medicación y que llamase en 20 minutos, porque tiene muchos pacientes y que hablaría con su compañera, para ver si alguno de los dos podría visitar a la paciente en la residencia.

En la residencia de mayores le indicaron que su médico no vendría hasta el jueves (y era martes). Sin embargo no fue así ya que acudió a las 18:00 hs del día 16 de agosto de 2016. La enfermera llegó antes, a las 15:00 hs y le administró suero para que estuviera hidratada.

A las 20:30 hs, la paciente empeora y se avisa al 112, siendo trasladada al HUNSC. Es atendida en urgencias, se le tomaron las constantes vitales, se realizó exploración física y se solicitaron pruebas complementarias. Se inició tratamiento con sueroterapia y antibioterapia. Se propuso ingreso en el Servicio de Medicina Interna, con diagnóstico de ingreso de: Cáncer de Páncreas con lesiones sugestivas de metástasis en hígado y pulmón; Ictus subagudo en evolución en territorio de la Arteria Cerebral Media izquierda (ACM) y probable sepsis de origen respiratorio.

El 21 de agosto de 2016, cuatro días tras su ingreso y tratamiento, la paciente es exitus, a las 19:25 hs».

- El 28 de noviembre de 2018, se dicta Acuerdo Probatorio admitiendo las pruebas documentales por las partes, notificándose a la interesada con fecha 3 de diciembre de 2018.

- El 3 de diciembre de 2018, asimismo, se notifica a la interesada, el trámite de vista y audiencia del expediente a fin de que alegue lo que a su derecho convenga. En consecuencia, el 13 de diciembre de 2018 la interesada aporta escrito de alegaciones, en el que insiste en lo ya expuesto en su reclamación inicial.

- Con fecha 8 de febrero de 2019, la interesada presenta escrito solicitando una cantidad indemnizatoria de 25.870,92 € para cada uno de los dos hijos, hermano e hija, así como la cantidad de 71.705,22 euros que correspondería al esposo de la fallecida. Sin embargo, no consta en el expediente documento alguno que acredite actuar en representación de los mismos, por lo que no es válida la citada solicitud en su integridad.

- Conforme a lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias, modificado por el Decreto 232/1998, de 18 de diciembre, se solicita informe de los Servicios Jurídicos, por tratarse de una cuestión no resuelta previamente. Por lo que, con fecha 13 de marzo de 2019, la Asesoría Jurídica emite informe en el que considera que el borrador de Resolución se ajusta a Derecho.

- En fecha 14 de marzo de 2019, se emite la Propuesta de Resolución, de carácter desestimatorio.

3. Se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3 LPACAP, si bien aun fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos y, en su caso, económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente (arts. 21.1 y 6 LPACAP).

III

1. En atención a la documentación obrante en el expediente se observa que la reclamante fundamenta su reclamación, particularmente, en los hechos acaecidos el día 16 de agosto de 2016. Pero no podemos obviar que en el escrito de alegaciones presentado por la interesada durante el trámite de vista y audiencia del expediente adjuntando diversa documentación, entre la que se interesa el escrito de la reclamante de fecha 2 de enero de 2017, pone de manifiesto la posibilidad de que exista un error en el diagnóstico de la noche anterior, es decir, del día 15 de agosto de 2016. Cuestión que no ha sido resuelta debidamente por la instrucción del procedimiento.

2. Efectivamente, el día 12 de agosto de 2016, la paciente presentaba un estado en el que a pesar de su enfermedad de cáncer de páncreas, permanece consciente, orientada y colaboradora, como expone el informe de cuidados de enfermería en el resumen de su estancia.

3. Sin embargo, en cuanto al día 15 de agosto de 2016, del escrito de reclamación presentado se extrae que la afectada presentaba un deficiente estado de salud en cuanto que estaba perdiendo la coordinación al hablar, se la veía confusa y con problemas al hablar, y con muy poca ingesta de alimentación y bebida.

Las citadas alegaciones son confirmadas por el informe clínico sobre el *exitus* de medicina interna; en la «historia actual» se indica: tras valoración de la paciente atribuyen la somnolencia a tramadol pautado y 48 hs. Previas al ingreso observan clara debilidad en hemicuerpo derecho con desviación de la comisura bucal y fiebre por lo que la remiten nuevamente al servicio de urgencias. En la «exploración física» se observa que NRL: pupilas poco reactivas. Sin reflejo de retirada en ojo dcho, con desviación fija de la mirada y el cuello a la izquierda. Parálisis facial central derecha con desviación de la comisura labial izda. Hemiparesia derecha con anestesia de la misma zona. Fuerza 2/5 en MID, 0/5 en MSD. Presentes aunque poco audibles. En el apartado sobre «Evolución y comentarios» se desprende que la paciente ingresó con el diagnóstico de ACV de ACM izquierda e infección respiratoria de probable origen espirativo, con diagnóstico principal: *exitus*, cáncer de páncreas con metástasis pulmonares y hepáticas, ictericia obstructiva secundaria con colocación de endoprótesis, ictus subagudo en evolución de territorio de ACM izquierda, crisis focales motoras secundarias, y probable sepsis de origen respiratorio aspirativa.

En el informe sobre el TAC realizado el 17 de agosto de 2016, se concluye: imágenes compatibles con lesiones isquémicas establecidas en territorio ACM izquierda -probable cronología subaguda, recomendándose correlación clínica-.

Por parte del SIP, en su informe sobre los antecedentes de hecho, nos confirma que la paciente recibió el alta el día 12 de agosto de 2016 y que el día 15 siguiente fue asistida en el centro de mayores por una ambulancia del SCS, concretamente expresa que: se llama al 112 para que la asistan -alrededor de las 20:00 hs.-, ya que estaba perdiendo la coordinación al hablar, parecía confusa y con muy poca ingesta de alimento y bebida. El personal de la ambulancia medicalizada, tomó las constantes y valoró que eran adecuadas para no ser trasladada al hospital. Confirmándose al día siguiente un diagnóstico de ictus subagudo en evolución.

En el escrito de la Casa de Acogida (...) (folio del expediente nº.103), se observa en cuanto al día 15 de agosto, que el servicio de urgencia decide no trasladarla a urgencias del HUNSC, sin que hayan dejado informe sobre la asistencia médica practicada a la enferma.

En el informe emitido por la Directora de la Residencia (...) se confirma que el día 15 de agosto se llama al 112 para valoración por parte de los servicios públicos de urgencias y posible derivación al Hospital en su caso, acudiendo al Centro Residencial una unidad móvil y tras valoración de la misma deciden no derivar ni hacer cambios en el tratamiento actual, sin que hayan dejado informe médico de la valoración efectuada.

A mayor abundamiento, en cuanto a las pruebas aportadas por la interesada en el trámite de audiencia, se encuentra un Decreto emitido por la Fiscalía Provincial de Santa Cruz de Tenerife. Para la elaboración del citado Decreto se solicitó parte de asistencia inicial de ambulancia de 15 de agosto, razón por la que entendemos oportuno solicitar tanto el informe médico forense como el parte de asistencia de ambulancia efectuado el día 15 de agosto, documentos a los que se hace alusión en el citado Decreto.

4. Por tales motivos, al no obrar en el expediente los documentos e información médica referidos a la asistencia practicada el día 15 de agosto de 2016, entendemos oportuno retrotraer el procedimiento, a fin de que se aporten dichos documentos al expediente para poder entrar a valorar el fondo del asunto.

Además, el SIP deberá emitir un informe complementario sobre la posibilidad de que haya existido un error en el diagnóstico en la asistencia practicada el día 15 de agosto de 2016, ya que al parecer el ictus diagnosticado posteriormente presentaba 4 días de evolución lo que podría coincidir con la fecha indicada. También deberá pronunciarse sobre la posible existencia de una pérdida de oportunidad en recuperar a la paciente mediante tratamiento y pruebas médicas oportunos en el caso de que finalmente se considere la existencia de un error en el diagnóstico en la fecha indicada, pues según se señala en el expediente la paciente era partidaria, según estadísticas, de vivir tres o cuatro meses más tras el diagnóstico de cáncer de páncreas, y sin embargo, al parecer, debido al ictus sufrido el fallecimiento fue precoz al inicialmente previsto, dato sobre el que también se solicita aclaración al SIP.

En el mismo sentido se considera oportuno que el SIP se pronuncie sobre los posibles efectos adversos o secundarios de la ingesta de Tramadol, como tratamiento pautado a la paciente. Si en su caso el medicamento indicado es sugestivo de causar un ictus como el que soportó la enferma, y, finalmente, señalar si el ictus fue el

determinante principal en el fallecimiento de la afectada el día 21 de agosto de 2016 o lo fue la enfermedad anterior que padecía.

Asimismo, el instructor deberá valorar si solicita la práctica de algún tipo de prueba relacionada con si la paciente era candidata a presentar un ictus y si mediante la práctica de otras pruebas se podría haber determinado y tratado con anterioridad el mismo para evitar el resultado finalmente no deseado.

5. Por todo lo dicho, como ya se ha indicado, este Consejo no puede pronunciarse sobre el fondo del asunto, debiendo retrotraerse el procedimiento a fin de que el SCS remita los informes médicos señalados en relación con la asistencia dispensada a la fallecida y demás documental que se considere relevante al efecto.

Una vez se cumpla con los trámites indicados se deberá dar nueva audiencia a la interesada. Finalmente, se dictará nueva Propuesta de Resolución que se someterá a dictamen de este Consejo.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución no es conforme a Derecho, debiendo retrotraerse el procedimiento en los términos expuestos en el Fundamento III.