



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 2 9 3 / 2 0 1 4

(Sección 1ª)

La Laguna, a 3 de septiembre de 2014.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por Doña (...) y (...), por las presuntas lesiones derivadas de los servicios de asistencia sanitaria que le fue prestada a su hija Doña (...), como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 266/2014 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, es la Propuesta de Resolución (PR) del procedimiento de exigencia de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado por los cónyuges (...) y (...) a fin de que se les indemnice por el fallecimiento de su hija, (...), cuya causación imputan a la deficiente asistencia sanitaria que le prestaron los facultativos del Servicio Canario de la Salud.

2. La preceptividad del Dictamen, la competencia de este Consejo Consultivo para emitirlo y la legitimación de la Excm. Sra. Consejera de Sanidad para solicitarlo resultan de los arts. 11.1.D,e) y 12.3 de la Ley del Consejo Consultivo de Canarias, en relación el primer precepto con el art. 12, de carácter básico, del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPRP) aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

* Ponente: Sr. Lorenzo Tejera.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva. La reclamación no es extemporánea porque se presentó dentro del plazo fijado en el art. 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC).

4. Conforme al art. 13.3 RPRP el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, plazo que se ha superado en este procedimiento; sin embargo, esta circunstancia 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 LRJAP-PAC en relación con los arts. 43.3, b) y 142.7 de la misma.

5. En la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en defectos procedimentales que impidan un Dictamen de fondo.

II

1. Los fundamentos fácticos de la pretensión resarcitoria de los interesados, según resultan de su reclamación, son los siguientes:

“En fecha 13 de febrero de 2008 mi hija (...), aquejada de un agudo y fuerte dolor opresivo en el casco acompañado de vómitos y fotofobia acude al Servicio de Urgencias del Hospital de Fuerteventura.

Tras una breve exploración física, se diagnostica una breve migraña por lo que se determina el alta inmediata recetándosele un trankimazin, nolotil sin prescribir la realización de una radiografía, o escáner, TAC haciendo caso omiso del cuadro clínico de la paciente.

No consta que se realizaran las pruebas necesarias para determinar la existencia de una etiología grave y muchos menos informe al servicio de neurología.

Pocos días más tarde ingresa de nuevo en Urgencias con un derrame cerebral, trasladándola al Hospital Insular con tardanza y poca efectividad en el tratamiento.

Tras cinco días de ingreso en el hospital nuestra hija fallece por muerte cerebral. Se solicita una indemnización de 300.000 euros”.

Erróneamente señalan un segundo apellido de su hija que no corresponde con su D.N.I. ni con el resto de la documentación aportada, error que se mantiene en todo el expediente y que debe ser corregido.

2. Los reclamantes no aportan prueba médica que acredite:

a) Que el 13 de febrero de 2008, cuando su hija acudió por primera vez al Servicio de Urgencias del Hospital General de Fuerteventura, ya sufría la hemorragia subaracnoidea o derrame cerebral que causó su óbito.

b) Que en esa ocasión ya presentaba síntomas de sufrir un derrame cerebral o síntomas que imponían la realización de una tomografía axial computarizada (TAC).

c) Que la realización de una tomografía axial computarizada (TAC) en ese momento habría permitido detectar la hemorragia subaracnoidea o predecir su producción.

d) Que el derrame cerebral que sufrió el 19 de febrero de 2008 está relacionado causalmente con la migraña por la que fue atendida el día 13 anterior.

e) Que es posible médicamente que un paciente sufra una hemorragia subaracnoidea durante seis días de evolución sin presentar síntomas.

Sin la prueba médica de tales extremos es imposible afirmar que existe una relación de causalidad entre las omisiones que se imputan al facultativo que la atendió el 13 de febrero de 2008, consistentes en no ordenar la práctica del TAC y no remitirla a un neurólogo, y el posterior fallecimiento.

3. Por otro lado, los siguientes hechos apuntan hacia la inexistencia de relación entre el episodio de cefalea del 13 de febrero de 2008 y el accidente cerebrovascular del 19 de febrero:

La facultativa de urgencias le recomendó a la paciente que acudiera a su médico de atención primaria. No consta en la historia clínica que acudiera a éste entre el 14 y el 19 de febrero lo cual demuestra que la migraña por la que acudió al Servicio de Urgencias desapareció y que fue eficaz y correspondía a sus síntomas el tratamiento pautado. Esta ausencia de síntomas la corrobora su novio quien la trasladó la madrugada del 19 de febrero a Urgencias y que manifestó a los facultativos de dicho Servicio que la paciente se había acostado sin síntomas.

En el informe del Servicio de Urgencias consta que la paciente tenía antecedentes de migrañas. A la exploración física realizada la paciente está consciente, alerta, orientada. En el apartado de síntomas neurológicos se refiere: "Sin localización, no signos meníngeos, ROT: presentes y simétricos". Donde ROT es la abreviatura de reflejos osteotendinosos. Su presencia y simetría demuestran la ausencia de lesiones neurológicas.

El informe emitido por el Jefe de Servicio de Urgencias señala que la migraña se define en la literatura médica como: *“crisis recurrente, bien identificadas por el paciente, de cefalea uni o bilateral, pulsátil, intensa, con fotofobia, náuseas, vómitos.*

Las pruebas complementarias varían dependiendo del cuadro clínico y de la sospecha de sustrato orgánico de la migraña ya que en muchos casos no va a ser preciso pedir ninguna prueba.

El tratamiento se realiza con antieméticos (si náuseas y vómitos), sedación ligera (si hay componente ansioso de base), analgésicos entre ellos el Metamizol (nolotoil) intravenoso, triptanos y corticoides intravenosos (agotados los recursos anteriores o en caso de estatus migrañoso).

Deben ser vistas por Neurólogo: Las migrañas resistentes al tratamiento, las migrañas con aura atípicas y aquellas que tienen complicaciones (ictus o estatus migrañoso)”.

La corrección de la actuación de la médica de Urgencias se corrobora además por el protocolo de actuación recogido en el capítulo dedicado a las cefaleas de la Guía de actuación de urgencia del Hospital Dr. Negrín que se ha incorporado al expediente. Allí se señala que el TAC craneal está indicado solamente en los casos de cefalea postraumática (súbita o progresiva), cefalea con signos sugerentes de organicidad y cefaleas con características de alarma.

En definitiva, la patología por la que fue atendida el 13 de febrero, la migraña de la cual ya había padecido episodios anteriores, fue correctamente diagnosticada y tratada porque desaparecieron sus síntomas. El hecho de que no se le practicara un TAC no constituye una actuación médica incorrecta porque dadas las características de la cefalea que presentaba no era necesaria tal prueba médica. Su práctica tampoco venía impuesta porque presentara síntomas correspondientes a un ictus cerebral tales como deficiencias motoras, de lenguaje o anomalías en los reflejos osteotendinosos. Además, esta ausencia de síntomas de lesiones neurológicas justifica igualmente que no se la remitiera al neurólogo en el Servicio de Urgencias.

4. Los reclamantes alegan también tardanza en administrarle tratamiento el 19 de febrero y la ineficacia de éste. No presentan ni proponen prueba para acreditar ese retraso en la asistencia ni para demostrar que la asistencia prestada a su hija fue ineficaz por incorrecta puesto que se debió haber adoptado otra actuación terapéutica que hubiera evitado el resultado luctuoso. Sin la prueba de todos estos

extremos es imposible afirmar que la asistencia médica prestada a la paciente fue negligente y que esa negligencia fue la que impidió que se salvara su vida.

5. Respecto a la corrección de la asistencia prestada a la paciente el 19 de febrero, como recoge la Propuesta de Resolución, consta en la historia clínica que fue trasladada al Servicio de Urgencias a las 3.25 horas en estado de coma, tras relajación de esfínter urinario, respondiendo a estímulos dolorosos. Sus familiares refieren que se acostó sin sintomatología.

Los facultativos de Urgencias realizaron prueba de tóxicos con resultado negativo y solicitaron la práctica de un TAC que mostró la existencia de una hemorragia intraparequimatososa y subaracnoidea, que requería que se abordara quirúrgicamente, por lo fue necesario su traslado a un hospital de tercer nivel con servicio de neurocirugía. Ese hospital de referencia para el Área de Salud de Fuerteventura es el Complejo Hospitalario Materno Infantil de Las Palmas de Gran Canaria. El informe del Jefe de Servicio señala que el diagnóstico, las pruebas complementarias, el tratamiento y la petición de traslado al Hospital de referencia se realizaron en el plazo de 3 horas y 14 minutos teniendo en cuenta que la paciente ingresa a las 3.25 horas y que consta en la historia clínica que a las 6.30, una vez realizadas todas las pruebas diagnósticas, se tramitó la evacuación en helicóptero desde el Hospital General de Fuerteventura al Hospital de referencia en la isla de Gran Canaria, a donde arribó a las 10.30 horas.

Prueba de que el estado de la paciente no empeoró a consecuencia del traslado, es que una vez llegó al Hospital Insular se le practicó un nuevo TAC con hallazgos similares al previo realizado en el Hospital General de Fuerteventura, es decir, el estado de la paciente permaneció estable dentro de la gravedad que presentaba.

En relación a la alegación de retraso en la prestación de asistencia determinado por la inexistencia de servicio de neurocirugía en el Hospital de Fuerteventura, lo que determinó la necesidad de su traslado al Hospital de Gran Canaria ya se ha indicado que no hay prueba alguna de que en caso de que se le hubiera intervenido en el primer Hospital no se habría producido el fallecimiento. Pero, con independencia de la ausencia de prueba de este extremo de hecho, la inexistencia de dicho servicio en el Hospital de Fuerteventura no determinaría la responsabilidad patrimonial del servicio público de salud por las razones que se recogen en la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 6ª, del Tribunal Supremo, de 25 febrero 2009 y que son las siguientes:

“ (...) entendiendo la recurrente que el principio de responsabilidad objetiva imponía el reconocimiento de la responsabilidad de la Administración alegando, incluso, la inexistencia de medios derivada de la falta de asistencia adecuada ante la inexistencia de servicio de neurocirugía en el hospital donde fue internado, de lo que concluye la recurrente en la existencia de responsabilidad habiéndose perdido, a través de la demora en la prestación de asistencia sanitaria, un tiempo determinante en la práctica de una analítica y en definitiva, oportunidad de curación.

*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 todas las dolencias, ha de recordarse, como hace esta Sala en sentencias de 20 de junio de 2007 y 11 de julio del mismo año, el criterio que sostiene este Tribunal de que la responsabilidad de la Administración sanitaria constituye la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, más 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; pero de ello en modo alguno puede deducirse la existencia de una responsabilidad de toda actuación médica, siempre que ésta se haya acomodado a la *lex artis*, y de la que resultaría la obligación de la Administración de obtener un resultado curativo, ya que la responsabilidad de la Administración en el servicio sanitario no se deriva tanto del resultado como de la prestación de los medios razonablemente exigibles.*

*Y si ello conduce a que solamente cabe considerar antijurídica en la asistencia sanitaria la lesión en que se haya producido una auténtica infracción de *lex artis*, ha de considerarse asimismo que la disposición de medios, que, por su propia naturaleza, resulta limitada, no es exigible con un carácter ilimitado a la Administración que, lógicamente y por la propia naturaleza de las cosas, tiene un presupuesto determinado y, en definitiva, solamente podrá exigirse responsabilidad cuando se hubiere acreditado, bien que ha incumplido la ley, no manteniendo en el centro sanitario un servicio exigido por ésta, o bien cuando se acredite por parte de la actora que existe una arbitraria disposición de los elementos con que cuenta el servicio sanitario en la prestación del servicio. Porque aceptar otra cosa supondría que cada centro hospitalario habría de estar dotado de todos los servicios asistenciales que pudieran exigirse al mejor abastecido de los mismos en toda la red hospitalaria, lo que resulta contrario a la razón y, en definitiva, a la limitación de*

medios disponibles propia de cualquier actividad humana; otra cosa sería si no existiese un centro de referencia dentro de un área que permita la asistencia en un tiempo razonable, lo que no ocurre en el caso de autos en que el Hospital al que fue trasladado estaba a 86 km.

El centro hospitalario donde recibió la primera asistencia el paciente intentó facilitar una asistencia sanitaria más precisa que hubiera agotado todas las posibilidades de curación en el hospital más cercano, lo que efectivamente se efectuó trasladando al paciente al de Vitoria, donde finalmente se apreció que su estado, producto del grave accidente que había sufrido y que le ocasionó gravísimas lesiones cerebrales, no tenía posibilidad de asistencia quirúrgica, estando el paciente entubado y víctima de un coma profundo.

En estas circunstancias, ni cabe invocar el principio de responsabilidad objetiva, dada la imposibilidad de otra atención médica al paciente, ni cabía exigir responsabilidad alguna por el hecho de que el mismo hubiera sido trasladado a un servicio sanitario con instalaciones suficientes para la atención neurológica del paciente a través de la cirugía, sin que, como antes advertimos, quepa apreciar demora, determinante de un agravamiento de las lesiones que, desde el principio y una vez practicado el TAC, se calificó de gravísimas. En definitiva, no se ha producido una pérdida de oportunidad en el tratamiento del paciente, sin que sea aceptable el argumento de la recurrente de haberse producido una pérdida de tiempo, determinante de un agravamiento, al confundirse el diagnóstico del paciente con el resultante de una infección etílica, ya que la analítica no tenía esa exclusiva finalidad sino que, por el contrario, se apreciaron ya lesiones cerebrales que motivaron, durante la práctica de los análisis, la correcta asistencia sanitaria del paciente y la práctica de diversos exámenes radiológicos; y cuando se detectó la gravedad de las lesiones a través de la práctica del TAC se dispuso, ante la falta de instalaciones de neurocirugía, el traslado al centro sanitario más cercano para intentar en el mismo obtener un más adecuado tratamiento, incluso de naturaleza quirúrgica, que, en definitiva, no se asumió por dicho centro hospitalario.

En definitiva, falta el nexo causal entre la asistencia sanitaria prestada al paciente y el hecho determinante de su fallecimiento, que no fue sino producto de las graves lesiones sufridas en el accidente de circulación determinante del fallecimiento del mismo, por lo que ninguna responsabilidad cabe atribuir a la Administración sanitaria autonómica."

6. En el supuesto que se dictamina, el estado de la paciente se complicó posteriormente. Tras la realización de una arteriografía, se detectó un aneurisma de la arteria carótida interna izquierda, que requirió cirugía urgente con complicaciones a las que logró sobrevivir, ingresando en Unidad de Medicina Intensiva, donde falleció cuatro días después tras un deterioro generalizado de su estado. Este resultado luctuoso no se debió a una actuación médica incorrecta sino a la grave patología de la infortunada paciente la cual no pudo curar la asistencia médica prestada a pesar del despliegue de medios practicado. Por consiguiente no existe responsabilidad patrimonial del servicio público de salud porque ese resultado no es consecuencia de una actuación médica incorrecta de sus facultativos o de una omisión de medios, sino del grave derrame cerebral sufrido por la paciente. No hay, pues, nexo causal entre el funcionamiento del servicio de salud y el daño alegado.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo el criterio fundamental para determinar la existencia o ausencia de responsabilidad del servicio público de salud radica en si sus agentes han actuado con violación o de conformidad con la *lex artis ad hoc*; puesto que su funcionamiento consiste en 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 y que se aplican correctamente de acuerdo con el estado de los conocimientos médicos y las circunstancias personales del paciente. El funcionamiento de dicho servicio consiste en el cumplimiento de una obligación de medios, no de resultados. Por esta razón no están causados por la asistencia sanitaria pública los daños cuya aparición se debe 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.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución es conforme a Derecho.