

En Logroño, a 12 de noviembre de 2021, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. Joaquín Espert Pérez-Caballero, y de los Consejeros, D. José María Cid Monreal, D. Enrique de la Iglesia Palacios, D. Pedro María Prusén de Blas y D^a Amelia Pascual Medrano, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D. Joaquín Espert Pérez-Caballero, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

51/21

Correspondiente a la consulta formulada por la Excm. Sra. Consejera de Salud, en relación con la *Reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria formulada por D^a M.S. y D^a M.C.B.G. por los daños y perjuicios que entienden causados por el fallecimiento de su madre, D^a M.C.G.G.M, al ser dada de alta hospitalaria y trasladada a su domicilio para tratamiento de su enfermedad bronquiectásica; y que valora en 53.035,36 euros.*

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del Asunto

Primero

Mediante escrito de fecha 2 de abril de 2021, sellado en el Servicio de Correos el siguiente día 22 y registrado de entrada en el Servicio Riojano de Salud (SERIS) el día 26, el Abogado de las precitadas hermanas, formula una reclamación administrativa por responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, que se fundamenta resumidamente en los siguientes hechos:

-(La paciente, madre de las reclamantes) de 95 años en la fecha de los hechos, es trasladada en ambulancia, el 8 de noviembre de 2020, bajo episodio de hemoptisis por bronquiectasias, dolencia que padecía desde hace años.

-A su llegada al Hospital de Calahorra (Fundación Hospital de Calahorra, FHC), fue valorada y diagnosticada de infección respiratoria en enfermedad bronquiectásica. Es dada de alta 3 horas más tarde, bajo dirección de hospitalización domiciliaria.

-La paciente falleció tres días más tarde (11 de noviembre) sin haber recibido una llamada ni supervisión alguna por parte del SERIS.

-Las reclamantes alegan: la asistencia sanitaria defectuosa recibida por parte del personal facultativo del Hospital (FHC), al recibir el alta (el 8 de noviembre de 2020 bajo hospitalización domiciliaria) y fallecer tres días más tarde sin que se verificase seguimiento alguno.

-Se expone que hubo un alta hospitalaria precipitada, además de un traslado temerario desde hospital al domicilio, siendo éste totalmente inadecuado para una persona con esa edad y patología; y una ausencia total de seguimiento de la paciente en su domicilio.

-Se solicita una indemnización por los daños y perjuicios derivados de este mal funcionamiento, la cuantía asciende a 53.035,36 euros.

Acompaña a su escrito diversos informes del citado Hospital FHC.

Segundo

Mediante Resolución de 28 de abril de 2021, se tiene por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial, con efectos del mismo día y se nombra Instructor del procedimiento.

Tercero

Por escrito del 29 de abril de 2021, se comunica al Letrado de las reclamantes, la iniciación del expediente, informándole de los extremos exigidos por los arts. 24.1.2º y 91.3 LPAC'15 (Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento administrativo común).

Mediante comunicación de ese mismo día, el Instructor se dirige al Director Gerente de la FHC (Fundación Hospital de Calahorra), solicitando la remisión de la siguiente documentación e informe sobre los siguientes extremos: i) cuantos antecedentes consten acerca de la asistencia prestada a la expresada paciente; ii) historia clínica relativa a la asistencia reclamada, exclusivamente; iii) informe de los sanitarios intervinientes acerca de la asistencia prestada a dicha paciente; iii) cuantos datos, documentos e informes puedan ser aportados para una mejor decisión sobre la pretensión de la reclamante; y iv) si la FHC tuviera suscrita póliza de seguro el día de los hechos, número de la póliza, entidad aseguradora y su dirección a efectos de comunicación de siniestros, exclusivamente.

La solicitud es atendida de inmediato, constanding en el expediente la documentación e informes enviados.

Mediante una nueva solicitud, de fecha 26 de mayo, se solicita informe sobre las condiciones del traslado al domicilio de la citada paciente el 8 de noviembre de 2020, en relación con el escrito en las páginas 3 y 4 de la reclamación planteada.

Consta la respuesta, de fecha 29 de mayo, a este nuevo requerimiento.

Cuarto

Por escrito de 10 de junio de 2021, el Instructor se dirige a la Dirección General de Humanización, Prestaciones y Farmacia, dándole traslado de copia del expediente a fin de que, por el Médico inspector que corresponda, se elabore informe sobre todos los aspectos esenciales de la reclamación, con el fin de facilitar la elaboración de la Propuesta de resolución sobre la reclamación planteada.

Quinto

El Informe de la Inspección médica, de fecha 23 de junio de 2021, establece, en base a los hechos reflejados y a la bibliografía consultada, las siguientes **conclusiones**:

1. La primera actuación en el Servicio de Urgencias es ajustada a la lex artis. La paciente fue valorada clínicamente y se realizaron las pruebas complementarias recomendadas en una situación como la que presentaba (solicitud de hemograma, bioquímica, radiografía de torax, electrocardiograma y solicitud de test para COVID) Se indicó un tratamiento antibiótico vía oral; y, aunque se planteó la posibilidad de ingreso a cargo (del Servicio) de Hospitalización a domicilio, finalmente no se materializó dicha opción, por la no disponibilidad de dicho recurso en ese momento. No obstante, hay que aclarar que no parecía imprescindible en absoluto..., puesto que la administración del tratamiento vía oral y el oxígeno tratamiento que ya recibía la paciente no precisaban de dicho servicio. Por lo recogido en los apartados anteriores, la paciente se encontraba en la fase final de su vida y precisaba sobre todo cuidados.

2. En la reclamación, se incluyen algunos aspectos que resultan llamativos No se entiende que pueda ser motivo de queja el que los familiares de la paciente no puedan seguir una ambulancia de traslado en su vehículo particular. Precisamente el objetivo de un transporte sanitario es realizar con la mayor celeridad posible un traslado sanitario, con el objetivo de liberar recursos lo antes posible para otros pacientes que los necesiten.

3. Como Médico, no puedo ni debo valorar el comportamiento o educación de los técnicos sanitarios que realizaron el traslado de vuelta, pero desde luego creo que es algo que queda completamente fuera del ámbito de un expediente de responsabilidad patrimonial.

4. La paciente no estuvo desatendida por parte de los profesionales del SERIS. Consta atención domiciliaria el propio 9 de noviembre de 2020, donde ya resulta evidente el progresivo deterioro de una paciente con abundante patología. Incluso consta que, el 11 de noviembre, se intentaron maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada cuando se recibió un aviso por parada cardiaca. Todo lo anterior no hace sino abundar en la idea que la paciente recibió una atención completa e intensiva entre los días 8 y 11 de noviembre de 2020.

5. En resumen, no aprecio infracción médica de la revisión de este expediente ni pérdida de oportunidad en el tratamiento y plan terapéutico que se estableció con la paciente.

Sexto

Obra a continuación en el expediente, un informe médico-pericial de la Consultora médica P., para la Aseguradora del SERIS, de fecha 1 de julio de 2021, que establece las siguientes **conclusiones generales:**

1. *(La paciente), de 95 años, y con hipertensión arterial, patología pulmonar crónica, proceso oncológico, con una disnea basal grado II-III oxigenoterapia domiciliaria, dependiente para las actividades de la vida diaria; acude, el 08/11/2020, al Servicio de Urgencias de la FHC por desaturación de oxígeno y empeoramiento de las funciones superiores que no se constató durante la exploración física de la paciente.*
2. *La valoración médica realizada en el Hospital sigue las guías de práctica clínica habitual y se realizó el manejo diagnóstico terapéutico adecuado; aunque hubiera sido recomendable haber aumentado la dosis de diuréticos.*
3. *Aunque la paciente no tenía criterios de ingreso hospitalario, la indicación de seguimiento en domicilio es adecuada a la reagudización que presenta de una patología crónica, y este supuesto se encuentra dentro de las patologías de inclusión en las guías habituales de hospitalización a domicilio.*
4. *Con los datos de la historia no se puede analizar la sobrecarga del Servicio de Hospitalización a Domicilio, dado que, en la época de los hechos, se estaba en situación de pandemia, con saturación de todos los Servicios sanitarios*
5. *La alternativa a la hospitalización domiciliaria hubiera sido la observación en (el Servicio de) Urgencias durante al menos 24 horas. Esta circunstancia seguramente no hubiese modificado la evolución de la paciente, ya que hubiese sido alta al día siguiente por la estabilidad que presentaba.*
6. *No hay datos en la historia analizada de demandas de asistencia por empeoramiento progresivo tras el alta, solo hay constancia de la solicitud de asistencia el día 11 (al 112 y en UF-ID), tres días después; por lo que, dados los antecedentes de la paciente, el fallecimiento bien pudo producirse por un nuevo proceso agudo o bien por nueva agudización de los procesos cardiopulmonares crónicas que padece.*
7. *El traslado fue realizado por técnicos en transporte sanitario, con formación específica para ello. No está documentado en la historia clínica analizada que precisase asistencia por dicho traslado, y el carácter de temerario o no adecuado es una valoración subjetiva.*

El informe pericial de P. termina con la siguiente **conclusión final:**

-El personal sanitario del Servicio de Urgencias de la FHC dispuso de todos los recursos técnicos y humanos necesarios para tratar la patología broncopulmonar que presentaba (la paciente), ajustándose las actuaciones médicas a la lex artis.

-No se evidencia, por los informes aportados por el personal sanitario del Centro, prestación irregular al paciente, puesto que le aportaron los tratamientos que se consideraron oportunos en ese momento.

Séptimo

Por escrito de 21 de julio de 2021, se da trámite de audiencia al Letrado de las reclamantes, que presentó un escrito de alegaciones, el siguiente día 20 de septiembre.

Octavo

Con fecha 24 de septiembre de 2021, el Instructor del expediente emitió la Propuesta de resolución en el sentido de que se desestime la reclamación por no ser imputable el daño reclamado al funcionamiento de la Administración sanitaria de La Rioja.

Noveno

La Secretaria General Técnica (SGT) de la Consejería actuante, el 28 de septiembre, remite a la Dirección General de los Servicios Jurídicos, para su preceptivo informe, el expediente íntegro. El informe es emitido, en sentido favorable a la Propuesta de resolución, el día 8 de octubre de 2021.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente con fecha 11 de octubre de 2021 y registrado de entrada en este Consejo el 14 de octubre de 2021, la Excm. Sra. Consejera de Salud del Gobierno de La Rioja, remitió al Consejo Consultivo de La Rioja, para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

El Sr. Presidente del Consejo Consultivo de La Rioja, mediante escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente el 14 de octubre de 2021, procedió, en nombre de dicho Consejo, a acusar recibo de la consulta, a declarar provisionalmente la misma bien efectuada, así como a apreciar la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

Tercero

Asumida la ponencia por el Consejero señalado en el encabezamiento, la correspondiente ponencia quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo indicada.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

Necesidad y ámbito del Dictamen del Consejo Consultivo

En el presente caso, se reclama una indemnización superior a 50.000 euros (en concreto, 53.035,36 euros), por lo que nuestro dictamen es preceptivo, a tenor de lo establecido en el art. 11 -g) LCC (Ley de la CAR 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción dada por la Ley de la CAR 7/2011, de 22 de diciembre), en relación con: i) el art. 65.4 LFCAR (Ley de la CAR 4/2005, de 1 de junio, de Funcionamiento y régimen jurídico de la Administración de la CAR, redactado por la precitada Ley de la CAR 7/2011); y, ii) el art. 81.2 LPAC'15 (Ley estatal 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento administrativo común); preceptos de los que resulta que procede recabar el dictamen del Consejo de Estado o del Órgano consultivo de la Comunidad Autónoma respectiva, en este caso el Consejo Consultivo de La Rioja, cuando el importe de la indemnización reclamada sea de cuantía igual o superior a 50.000 euros.

En cuanto al contenido del dictamen, a tenor del art. 81.2, párrafo 3, de la LPAC'15, el mismo ha de pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de la indemnización, considerando los criterios previstos en la LPAC'15, así como en el art. 34.2 LSP'15 (Ley estatal 40/2015, de Régimen jurídico del Sector público), que se remite a los criterios de la legislación en materia fiscal, de expropiación forzosa y demás normas aplicables, ponderándose, en su caso, las valoraciones predominantes en el mercado; y pudiendo, en los supuestos de muerte o lesiones corporales, tomar como referencia la valoración incluida en los baremos de la normativa vigente en materia de seguros obligatorios y de la Seguridad social.

Segundo

Sobre los requisitos exigidos para que surja la responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas.

Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2, de la Constitución; 32.1, LSP'15, y 65,67,81, 91.2, LPAC'15) reconoce a los particulares el derecho a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, entendido como cualquier hecho o actuación enmarcada dentro de la gestión pública, sea lícito o ilícito, siendo necesario para declarar tal responsabilidad que la parte reclamante acredite la efectividad de un daño material, individualizado y evaluable económicamente, que no esté jurídicamente obligado a soportar el administrado, y debiendo existir una relación de causa a efecto directa e inmediata, además de suficiente, entre la actuación (acción u omisión) administrativa y el resultado dañoso para que la responsabilidad de éste resulte imputable a la Administración, así como, finalmente, que ejercite su derecho a reclamar en el plazo legal de un año, contado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo (plazo

que, en el caso de daños personales de carácter físico o psíquico, empezará a computarse desde la curación o determinación del alcance de las secuelas).

Se trata de un sistema de responsabilidad objetiva y no culpabilístico que, sin embargo, no constituye una suerte de “seguro a todo riesgo” para los particulares que de cualquier modo se vean afectados por la actuación administrativa. En efecto, el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados, derivada de la actividad tan heterogénea de las Administraciones Públicas.

Lo anterior es también predicable, en principio, para la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, si bien, como ya dijimos entre otros en nuestro dictamen D.3/07, *“la responsabilidad no surge sin más por la existencia de un daño, sino del incumplimiento de una obligación o deber jurídico preexistente, a cargo de la Administración, que es el de prestar la concreta asistencia sanitaria que el caso demande: es esta premisa la que permite decir que la obligación a cargo de los servicios públicos de salud es de medios y no de resultado, de modo que, si los medios se han puesto, ajustándose la actuación facultativa a los criterios de la lex artis ad hoc, la Administración ha cumplido con ese deber y, en consecuencia, no cabe hacerla responder del posible daño causado, pues no cabe reconocer un título de imputación del mismo”*.

En nuestro dictamen D.29/07, en la misma línea, mantuvimos que los parámetros bajo los que se han de enjuiciar los criterios de imputación del daño a la Administración Sanitaria son el de la *lex artis ad hoc* y el de la existencia del *consentimiento informado*, distinguiendo *“si el daño es imputable a la actuación de los servicios sanitarios, por existir un funcionamiento anormal que contraviene los postulados de la lex artis ad hoc o por privar al paciente de su derecho de información o si, por el contrario, el resultado dañoso ha de ser soportado por éste quien, conocedor de los posibles riesgos, ha prestado voluntariamente su consentimiento”*.

Tercero

Sobre la existencia de responsabilidad patrimonial en el presente caso

No denunciándose falta de información, habremos de examinar la actuación de los servicios públicos sanitarios a la luz del otro de los parámetros indicados en el Fundamento de Derecho anterior, el de si existe o no infracción de la *lex artis ad hoc*, que es el criterio

positivo de imputación de responsabilidad, por el daño producido, a la Administración sanitaria; vulneración de la *lex artis* que ha de vincularse, en relación de causa efecto, con el daño cuya reparación se reclama, correspondiendo al reclamante la prueba no sólo de la concurrencia de una mala praxis, sino también de la relación de causalidad.

Destaquemos, con carácter previo al análisis de la actuación de los servicios médico-asistenciales de la sanidad riojana, que la paciente era una mujer de 95 años, con los siguientes antecedentes personales: hipertensión arterial; enfermedad bronquiectásica crónica, con episodio de hemoptisis (que precisó embolización en el Hospital Clínico de Zaragoza en mayo de 2011); insuficiencia respiratoria crónica, con oxígeno en domicilio durante 16-24 horas y nebuloterapia ocasional; carcinoma ductal infiltrante, grado I, con tratamiento hormonal; trombosis venosa profunda en miembro inferior izquierdo en junio de 2017; anticoagulada desde entonces con heparina subcutánea; úlcera gástrica tipo Forrest III, con episodios de hemorragia digestiva alta en 1999 y 2004; síndrome ansioso-depresivo; carcinoma epidermoide en cuello, resecao en 2003; osteoporosis diagnosticada por densitometría; fractura pertrocantérea de fémur derecho, intervenida en octubre de 2012; fractura de húmero izquierdo; y cataratas intervenidas.

Según el escrito de reclamación, se denuncia una triple vulneración de la *lex artis*: i) un alta precipitada del hospital, teniendo en cuenta que fallece 2 días después; ii) un traslado al domicilio en condiciones temerarias y totalmente inadecuada para la edad y patología de la paciente; y iii) una total ausencia posterior de seguimiento y control en domicilio.

Por parte de las reclamantes, no se aporta prueba alguna que permita apreciar la existencia de tales infracciones. Es más, en el segundo de los hechos del escrito de iniciación del procedimiento de responsabilidad patrimonial que nos ocupa, se anunciaba un informe pericial de la Dra. I.M.L., Perito judicial, Traumatólogo y Master en VDC, que se aportaría en el trámite de audiencia.

Pero, no sólo no se aportó pericia alguna, sino que, en dicho trámite, las reclamantes se limitan a argumentar frente a las consideraciones y análisis contenidas en los informes de los Facultativos responsables de la asistencia prestada a la paciente, en el informe de la Inspección médica y en el informe pericial de P.; pero tal argumentación no aparece respaldada, ni siquiera, por literatura científico-médica.

Ante la falta de actividad probatoria que contradiga los informes médicos citados, no existe prueba alguna, ni indicio, que acredite las supuestas infracciones de la *lex artis* que permitiera imputar a la Administración sanitaria la responsabilidad por el daño cuyo resarcimiento se interesa.

Frente al criterio técnico contenido en los referidos informes, y a pesar de que pudieran cuestionarse por tratarse de informes de parte, no pueden gozar de eficacia enervante las

manifestaciones de las reclamantes que, siendo también de parte, proceden de quien carece de la calificación científica necesaria para enjuiciar cualquier proceso médico.

El informe de *P.* no aprecia mala praxis ni en el alta calificada de precoz, ni en el traslado en ambulancia al domicilio, ni en el seguimiento o control posterior.

A la paciente, se le practicaron toda clase de pruebas diagnósticas y, dada la estabilidad clínica que presentaba, el Servicio de Urgencias optó por el seguimiento de la paciente en la Unidad de Hospitalización a Domicilio, como en anteriores ocasiones, manteniendo el tratamiento que tenía ya pautado con anterioridad.

Como la paciente ya había utilizado en los últimos años, en varias ocasiones, este tipo de hospitalización, el Facultativo que le atendió en el Servicio Urgencias se lo notificó a los profesionales de dicha Unidad, quedando éstos en que se pondrían en contacto con los familiares tras el alta, como se indica en el informe médico. El fallecimiento sólo tres días después del alta, si tenemos en cuenta la situación de saturación de la Unidad de Hospitalización a Domicilio en una época de pandemia, explica que no llegara a producirse tal contacto, sin que haya constancia de que se haya solicitado asistencia alguna, ni a al Servicio de Atención Primaria ni al 112, antes del día 11, en que se produjo el fallecimiento a las 10:53 horas. Ello sugiere, dados los antecedentes de la paciente y su multi-patología, que el *exitus* pudo producirse por un nuevo proceso agudo o por una agudización de los procesos cardiopulmonares crónicos que padecía.

Por lo que se refiere al traslado en ambulancia de la paciente a su domicilio, que califican las reclamantes de temerario o no adecuado, por el hecho de no haber podido seguir los familiares a la ambulancia, entendemos que se trata de una valoración puramente subjetiva. El objetivo de un transporte sanitario es precisamente realizar el traslado sanitario con la mayor celeridad posible, aunque no sea por urgencia vital, con el objetivo de liberar recursos lo antes posible para otros pacientes que los necesiten.

En definitiva, si nos atenemos a los datos que obran en el expediente y, en particular, a los informes médicos emitidos, no hay indicio alguno que permita afirmar que la actuación de los servicios sanitarios no fuera conforme a la *lex artis ad hoc*.

Por todo ello, hemos de concluir, al igual que los repetidos informes de la Inspección médica y de *P.*, que no existe responsabilidad de la Administración sanitaria por el daño cuyo resarcimiento se reclama.

CONCLUSION

Única

Procede desestimar la reclamación formulada al no concurrir criterio positivo alguno de imputación de responsabilidad a la Administración sanitaria de la Comunidad Autónoma de la Rioja.

Este es el Dictamen emitido por el Consejo Consultivo de La Rioja que, para su remisión conforme a lo establecido en el artículo 53.1 de su Reglamento, aprobado por Decreto 8/2002, de 24 de enero, expido en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO

Joaquín Espert y Pérez-Caballero