

En Logroño, a 18 de mayo de 2023, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. José Ignacio Pérez Sáenz; y de los Consejeros D. Enrique de la Iglesia Palacios, D<sup>a</sup>. Amelia Pascual Medrano, D<sup>a</sup>. Ana Reboiro Martínez-Zaporta y D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup>. Belén Revilla Grande; y del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Serrano Blanco; y siendo ponente D<sup>a</sup>. Amelia Pascual Medrano, emite, por unanimidad, el siguiente

## DICTAMEN

37/23

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<sup>a</sup> L.C.G., por los daños y perjuicios causados por el fallecimiento de su padre, D. R.C.J. por un déficit asistencial; y que valora en 120.000 euros.*

## ANTECEDENTES DE HECHO

### Antecedentes del asunto

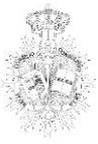
#### Primero

D<sup>a</sup> L.C.G. (hija del fallecido, D. R.C.J. y, en adelante, la reclamante) formuló la expresada reclamación administrativa de responsabilidad patrimonial de la Administración pública, mediante escrito, que fue registrado de entrada el 6 de septiembre de 2022, en la que narra los siguientes hechos en los que funda su reclamación:

*“El padre de la suscribiente, D. R.C.J., es trasladado en UVI móvil el día 04 de enero de 2022 a las 10:11 horas al Complejo Hospitalario San Millán- San Pedro de La Rioja presentando la siguiente sintomatología de acuerdo con el informe médico de urgencias firmada por la doctora Dña. M.M.D. que se aporta como **Doc. I**, «paciente con los antecedentes descritos, traslado en UVI móvil tras presentar ésta mañana episodio de mareo, malestar epigástrico y 2 vómitos hemáticos». Administrándole en UVI Móvil tratamiento consistente en omeprazol 80mg iv + Prim peran iv + SF iv.*

*De acuerdo con el citado informe de urgencias se le administró el siguiente tratamiento en urgencias: Ondansetron 4mg iv, 3 ampollas de omeprazol 250mcg en bolo iv, Perfusión de somastostatina en 250cc 6mg en 24 horas, 1500cc 5F iv.*

*Tras dicho tratamiento se le realiza una gastroscopia. Tras 12 horas de observación se le da el alta hospitalaria a las 21:38 del 4 de enero de 2022 para control ambulatorio pautándose IEIP a doble*



*dosis. A efectos acreditativos se aporta como **Doc. 2** Informe de Consulta Externa con los resultados de dicha prueba firmado por el Dr. D. J.L.C.G.*

*Tratamiento al alta: Evitar la toma de antiinflamatorios, omeprazol 40mg 1/24 horas durante 8 semanas, gastroscopia de control en 6 meses para comprobar curación mucosa. Pendiente AP para descartar infección por *H. pylori* y valorar erradicación, control por su Médico de Atención Primaria, si incidencia acudir a urgencias.*

*Pese a que se le dio el alta el estado de salud de mi padre seguía siendo muy delicado y por ello a las 6:07 del día siguiente, 5 de enero de 2022, acude nuevamente a urgencias del mismo hospital, como se acredita en el parte de asistencia a urgencias aportado como **Doc. 3**, sufriendo un nuevo episodio de hematemesis.*

*Dicho informe de urgencias firmado por el Dr. A.O., P.C. refleja la siguiente evolución: «Comentado con endoscopista de guardia indica ingreso a cargo de Digestivo y solicitud de gastroscopia». Por lo que D. R. es ingresado y se le realiza una nueva gastroscopia cuyo informe de consulta externa se aporta como **Doc. 4** firmado por el Dr. J.L.C.G., refleja el siguiente diagnóstico: «Gastropatía de la hipertensión portal como probable origen de HDA, úlcera gástrica Forrest esofagitis péptica leve, grado A de Los Ángeles, varices esofágicas pequeñas, variz gástrica aislada (tipo I, VGA 1)».*

*La evolución no es la esperada y el Sr. C. fallece el día 6 de enero de 2021, a las 12:48 horas. La causa del fallecimiento, de acuerdo con el informe de óbitos firmado por el Dr E.C.A., y aportado como **Doc. 5**, es un «shock refractario, fracaso multiórgano (hemodinámico, renal, hepático, coagulopatía), hematemesis, anemización, necesidad de transfusión, hiperamonemia».*

*La reclamación se fundamenta en que “como consecuencia del primer y negligente diagnóstico y de la concesión del alta médica pese a su delicadísimo estado de salud se privó al Sr. R.C. de la oportunidad de recibir un tratamiento adecuado a sus patologías clínicas, produciendo la agravación de las mismas y un padecimiento excesivo hasta el momento de su muerte”.*

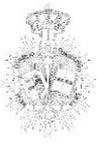
*En suma, la reclamante entiende aplicable la doctrina jurisprudencial de la “pérdida de oportunidad”, en tanto, a su juicio, la actuación médica “privó al paciente de determinadas expectativas de curación que deben ser indemnizadas”.*

*En conexión con ello, a su criterio y sin motivación adicional, el daño moral que se ha ocasionado a los hijos y esposa del fallecido es de 120.000 euros, cifra que entiende debe ser incrementada con los intereses legales.*

## **Segundo**

*El 7 de septiembre de 2022 se requirió a la reclamante para que acreditara la relación de parentesco y la representación.*

*Realizada la subsanación, el día 30 de septiembre de 2022 se dicta Resolución por la que se tiene por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial, con*



efectos del día 28 de septiembre de 2022, se nombra Instructor y se comunica a los reclamantes, en la persona de su representante, diversa información relativa a la instrucción del mismo.

### **Tercero**

El 4 de octubre de 2022 se requirió a la Dirección del Área de Salud Hospital San Pedro (HSP), cuantos antecedentes y datos existan de la atención prestada al paciente, su historia clínica —relativa a la asistencia objeto de reclamación—, y los informes de los facultativos intervinientes sobre la asistencia dispensada.

Con fecha 19 del diciembre de 2022 se remite por la citada Área la siguiente documentación: copia de la historia clínica; informe de la doctora adjunta del Servicio de Urgencias del HSP, M.M.D.; informe del médico especialista del Servicio de Digestivo del HSP, J.L.C.G.; e informe del médico especialista del Servicio de Medicina Intensiva del HSP, E.C.A.

### **Cuarto**

Seguidamente, consta en el expediente el informe de la Inspección médica, de 4 de enero de 2023, cuyas conclusiones, en base a los hechos y a la bibliografía consultada, son las siguientes:

*“1. En las 2 exploraciones endoscópicas realizadas el 04 y 05 de enero de 2022, no se puso de manifiesto sangrado activo digestivo.*

*2. La cifra de hemoglobina a su llegada al hospital el día 04/01/22 es de 10.4 g/dL (valores normales 13.2-16.6).*

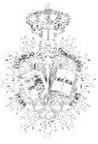
*3. Estos datos, junto a la estabilidad clínica del paciente, la ausencia de signos de resangrado, junto a las recomendaciones del Servicio de Digestivo, aconsejaban el alta del paciente el día 04/01/22, según las guías clínicas de uso general.*

*4. Tras la valoración del contenido de la historia clínica del Servicio de Digestivo, UMI y Urgencias del SERIS (Servicio Riojano de Salud), tanto la atención como el seguimiento, las pruebas diagnósticas practicadas y los tratamientos instaurados, se ajustan a la lex artis”.*

### **Quinto**

Por su parte, el informe pericial (24 de enero de 2023), emitido a instancia de la aseguradora del SERIS, por un especialista en Medicina interna, destaca que:

*“Por tanto, el fallecimiento debe relacionarse, a criterio de este perito, de forma principal con la situación global del paciente y con la presencia de una complicación de evolución inesperada.*



*La asistencia sanitaria al paciente el día 04/01/22 fue exquisita. Se siguieron todos los protocolos establecidos en el procedimiento diagnóstico y terapéutico del paciente.*

*El Expediente Administrativo contiene información con respecto a los algoritmos de actuación en el caso de hemorragia digestiva, que se siguieron de forma estricta. De acuerdo con los hallazgos endoscópicos, el paciente presentaba un sangrado de bajo riesgo de recidiva (Forest III, úlcera con fondo de fibrina: riesgo de resangrado inferior al 5%). Durante todo el periodo de observación hospitalaria hasta el alta del Servicio de Urgencias el paciente no presentó exteriorización de hemorragia (ni hematemesis, ni melenas) y tampoco datos de nuevo sangrado, con inestabilidad hemodinámica (hipotensión o taquicardia). Con este conjunto de datos clínicos, analíticos y endoscópicos, el paciente podía ser dado de alta para seguir tratamiento ambulatorio con protección gástrica con inhibidores de la bomba de protones (IBP, omeprazol y derivados). Cualquier complicación sobreañadida podía considerarse como un evento improbable desde el punto de vista estadístico.*

*En definitiva: Se considera que la asistencia médica fue correcta y ajustada a la lex artis en todas las asistencias médicas durante los días 04 al 06/01/22. retraso en su atención médica”.*

**Y sus conclusiones finales son las siguientes:**

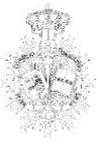
- “1. El paciente falleció como consecuencia de la evolución desfavorable de un sangrado digestivo.*
- 2. En ausencia de la autopsia del cadáver, pueden establecerse diferentes hipótesis de mayor y menor probabilidad, sin que ninguna de ellas explique de forma total el curso del proceso que llevó a la muerte del paciente.*
- 3. Se considera que no existe nexo causal entre la praxis médica y el fallecimiento de la paciente.*
- 4. El alta del Servicio de Urgencias fue correcta de acuerdo con los datos clínicos, analíticos y hemodinámicos del paciente durante el periodo de observación hospitalaria. Cualquier complicación posterior debía estimarse como de muy baja probabilidad.*
- 5. Se considera que el procedimiento diagnóstico y terapéutico se realizó de forma correcta y ajustada a la lex artis. No se han encontrado elementos constitutivos de mal praxis”.*

## **Sexto**

Concluida la fase de instrucción, se concedió trámite de audiencia a la reclamante y a la aseguradora, si bien no se recibieron alegaciones o documentación complementaria.

## **Séptimo**

En fecha 29 de marzo de 2023, se formula la Propuesta de resolución en el sentido de que se desestime la reclamación por no ser imputable el daño alegado al funcionamiento de los Servicios públicos sanitarios. La misma es informada favorablemente por la Dirección General de los Servicios Jurídicos el 12 de abril de 2023.



## **Antecedentes de la consulta**

### **Primero**

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente con fecha 12 de abril de 2023, y registrado de entrada en este Consejo el mismo día, 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 18 de abril de 2023, 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**

Asignada la ponencia a la Consejera señalada 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.

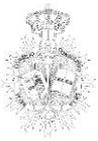
## **FUNDAMENTOS DE DERECHO**

### **Primero**

#### **Necesidad del Dictamen del Consejo Consultivo**

1. A tenor de lo dispuesto en el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento administrativo común de las Administraciones públicas (LPAC '15), cuando las indemnizaciones reclamadas sean de cuantía igual o superior a 50.000 euros o a la que se establezca en la correspondiente legislación autonómica, así como en aquellos casos que disponga la Ley Orgánica 3/1980, de 22 de abril, del Consejo de Estado, será preceptivo solicitar dictamen del Consejo de Estado o, en su caso, del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma.

En el caso de la Comunidad Autónoma de La Rioja, el art. 11 -g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción dada por la Ley 7/2011, de 22 de diciembre, remite a la normativa reguladora de los procedimientos de



responsabilidad patrimonial, legislación estatal, para la determinación del carácter preceptivo de los dictámenes. Por aplicación de dicha normativa, el dictamen será preceptivo cuando la indemnización reclamada sea de cuantía igual o superior a 50.000 euros, a partir de la entrada en vigor de la citada Ley 7/2011. Por lo tanto y reclamándose en este caso una cantidad de 120.000 euros, nuestro dictamen resulta ser preceptivo.

2. En cuanto al contenido del dictamen, el párrafo final del citado art. 81 LPAC'15 dispone que aquél deberá 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 de acuerdo con los criterios establecidos en la referida LPAC'15.

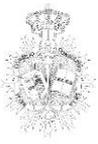
## Segundo

### **Sobre la responsabilidad patrimonial de la Comunidad Autónoma de La Rioja**

1. Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 de la Constitución y 139.1, 139.2 y 141.1 LPAC'92), 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.

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 para la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, si bien en estos casos, la obligación del profesional médico y de la Administración sanitaria es una obligación *de medios* y no *de resultado*, de manera que, en principio, cuando se actúe de acuerdo con la *lex artis*, los daños no le pueden ser



imputados a la Administración, o lo que es lo mismo, no tendrían la condición de antijurídicos, so pena de incurrir en el despropósito que supondría el exigir a la Administración que garantice siempre la curación de los pacientes.

2. Como venimos indicando con reiteración al dictaminar sobre responsabilidad patrimonial de la Administración, cualquiera que sea el ámbito de su actividad en que se manifieste ésta, lo primero que inexcusablemente debe analizarse en estos expedientes es lo que hemos llamado la relación de causalidad en sentido estricto, esto es, la determinación, libre de conceptos jurídicos, de cuáles son las causas que objetivamente explican que un concreto resultado dañoso haya tenido lugar. Para detectar tales causas, el criterio por el que hay que guiarse no puede ser otro que el de la *condicio sine qua non*, conforme al cual un determinado hecho o conducta ha de ser considerado causa de un resultado dañoso cuando, suprimido mentalmente tal hecho o conducta, se alcance la conclusión de que dicho resultado, en su configuración concreta, no habría tenido lugar.

Sólo una vez determinada la existencia de relación de causalidad en este estricto sentido y aisladas, por tanto, la causa o causas de un concreto resultado dañoso, resulta posible entrar en la apreciación de si concurre o no el criterio positivo de imputación del que se sirva la ley para hacer responder del daño a la Administración, que no es otro que el del funcionamiento normal o anormal de un servicio público a su cargo, y de si concurren o no criterios negativos de esa imputación, esto es, de alguno de los que, expresa o tácitamente, se sirva la ley para negar esa responsabilidad en los casos concretos.

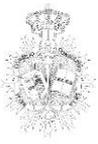
3. Como consideración adicional, ha de recordarse que, según un principio general (consignado, por ejemplo, en el art. 217.2 Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil), es carga del reclamante la acreditación de la concurrencia de los requisitos de los que nuestro ordenamiento jurídico hace nacer la responsabilidad patrimonial de la Administración (por todas, Sentencia de la Sala 3ª del Tribunal Supremo de 2 julio de 2010, R. casación 2985/2006).

### **Tercero**

#### **Sobre la doctrina de la “*pérdida de oportunidades*”**

Este Consejo ya ha tenido la oportunidad de examinar la aplicación en algunos supuestos de responsabilidad patrimonial de lo que se conoce como la teoría o doctrina de la “*pérdida de oportunidades*”, de la “*chance*” o, en el ámbito sanitario que nos ocupa, “*pérdida de oportunidades terapéuticas*” (cfr., por ejemplo, D.38/12, D.3/14, D.13/15 o D.30/22).

Como es sabido, se trata de una doctrina de elaboración jurisprudencial, sin un apoyo normativo general expreso, pero que se halla ya muy asentada en la determinación judicial



y consultiva, entre otras, de la responsabilidad sanitaria. Dicho lo cual, conviene también advertir de antemano que su inherente dosis de indeterminación aconseja un manejo prudente de la misma, a fin de evitar convertir en indemnizables meras hipótesis especulativas.

A través de esta doctrina, la responsabilidad de la Administración sanitaria se produce por la merma de oportunidades o posibilidades de curación o mejora, que puede acarrear la omisión de un tratamiento o prueba, un diagnóstico errado o tardío, el retraso en la asistencia prestada o, incluso, la omisión del consentimiento informado.

En origen, la “*pérdida de oportunidades*” se configura como una alternativa en supuestos —muy frecuentes en el ámbito médico— en los que no resultaba posible determinar de forma cierta un nexo causal directo y suficiente. En este sentido se trataría de una regla de imputación causal alternativa a la tradicional resultante de las cláusulas generales de responsabilidad, que atiende al grado de probabilidad. Y es que, en definitiva, como afirma la STS de 21 de diciembre de 2012, la doctrina de la pérdida de oportunidad “*existe en aquellos supuestos en los que es dudosa la existencia de nexo causal o concurre una evidente incertidumbre sobre la misma*”.

En principio, además, su aplicación se hallaba condicionada a la concurrencia de una praxis médica incorrecta o contraria a la *lex artis* “*para que la pérdida de oportunidad pueda ser apreciada debe deducirse ello de una situación relevante, bien derivada de la actuación médica que evidencia mala praxis o actuación contra protocolo o bien de otros extremos como pueda ser una simple sintomatología evidente indicativa de que se actuó incorrectamente o con omisión de medios...*” (STS de 13 de julio de 2005).

Sin embargo, en los últimos años, el TS ha venido también vinculando esta doctrina a la *lex artis*. Afirma así, repetidamente, que la pérdida de oportunidad terapéutica se configura: “*Como una figura alternativa a la quiebra de la lex artis, que permite una respuesta indemnizatoria en los casos en que tal quiebra no se ha producido y, no obstante, concurre un daño antijurídico, consecuencia del funcionamiento del servicio*” (SSTS de 24 de noviembre de 2009, 2 de enero de 2012 o 20 de marzo de 2018).

Con todo, tal y como se ha constatado doctrinalmente, por regla general, la responsabilidad se declara únicamente si se aprecia que la asistencia sanitaria dispensada no se ha ajustado, de algún modo, a la *lex artis*, sea porque el tratamiento médico no ha sido el más idóneo, no se ha aplicado diligentemente o se ha retrasado: “*aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación) los ciudadanos deben contar frente a sus servicios públicos de la salud con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica posee a*



*disposición de las Administraciones sanitarias” (por todas, STS de 18 de noviembre de 2021).*

En cualquier caso, es relevante recordar que la imputación de responsabilidad en estos casos exige que el nexo causal se halle suficientemente fundado. Como subraya la STS de 18 de julio de 2016, debe concurrir *“una probabilidad causal seria, no desdeñable, de que un comportamiento distinto en la actuación sanitaria no solo era exigible, sino que podría haber determinado, razonablemente, un desenlace distinto”*. O, en los términos de la STS de 20 de marzo de 2018, debe constatarse que *“la actuación médica omitida pudiera haber evitado o mejorado el deficiente estado de salud del paciente, con la consecuente entrada en juego a la hora de valorar el daño así causado de dos elementos o sumandos de difícil concreción, como son el grado de probabilidad de que dicha actuación hubiera producido el efecto beneficioso, y el grado, entidad o alcance de éste mismo”*.

Finalmente, a los efectos de determinar la indemnización procedente, es criterio pacífico jurisprudencial considerar que, *“en estos casos, el daño no es el material correspondiente al hecho acaecido, sino la incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse seguido en el funcionamiento del servicio otros parámetros de actuación, en suma, la posibilidad de que las circunstancias concurrentes hubieran acaecido de otra manera. En la pérdida de oportunidad hay, así pues, una cierta pérdida de una alternativa de tratamiento, pérdida que se asemeja, en cierto modo, al daño moral y que es el concepto indemnizable. En definitiva, es posible afirmar que la actuación médica privó al paciente de determinadas expectativas de curación, que deben ser indemnizadas, pero reduciendo el montante de la indemnización en razón de la probabilidad de que el daño se hubiera producido, igualmente, de haberse actuado diligentemente”* (STS de 18 del noviembre de 2021).

#### Cuarto

##### **Sobre la no existencia de responsabilidad patrimonial en el presente caso: cumplimiento de la *Lex Artis***

1. Como hemos explicado reiteradamente en numerosos dictámenes, en el ámbito sanitario, el funcionamiento del servicio público (que es criterio positivo de imputación que, con carácter general, utiliza el ordenamiento) consiste en el cumplimiento por la Administración de un deber jurídico, previo e individualizado respecto a cada paciente, que es correlativo al derecho de éste a la protección de su salud y a la atención sanitaria (cfr. art. 1.2 de la Ley General de Sanidad, que desarrolla los arts. 43 y concordantes de la Constitución), por lo que ese deber es *de medios* y *no de resultado* y se cumple, no respondiendo entonces la Administración, cuando la atención prestada ha sido conforme con la denominada *lex artis ad hoc*.



2. Ciertamente, la presente reclamación no se basa en una infracción de la *lex artis*, que, en realidad, no cuestiona, ni acredita, sino en la “*doctrina de la pérdida de oportunidad*”, originada, en esencia, por la concesión indebida de un alta médica hospitalaria, pero no cabe enjuiciar ésta de forma independiente, sin determinar, con carácter previo, si se ha producido o no una actuación médica ajustada a dicha *lex artis*. En suma, establecer si, pese al triste resultado producido, que este Consejo lamenta, el paciente, a lo largo de su evolución, fue diagnosticado y tratado tempestivamente, de acuerdo con la *lex artis* y utilizando todos los medios disponibles.

Como adelantábamos, la reclamante considera que su padre tuvo una deficiente atención sanitaria que centra en el hecho que, tras su traslado a urgencias, el día 4 de enero de 2022, se le dio el alta alrededor de 12 horas después, pese a su “*delicadísimo estado de salud*”, y de ahí deriva que perdió la oportunidad de recibir un tratamiento adecuado a sus patologías, produciendo ello su agravación y padecimiento excesivo hasta el momento de su muerte.

Sin embargo, la reclamante no ha aportado prueba alguna en apoyo de sus manifestaciones, mientras que en el expediente constan distintos informes que, por más que puedan calificarse de parte, desvirtúan el contenido de la reclamación, a la vista del historial del paciente, los resultados objetivos de las pruebas médicas practicadas y los tratamientos prescritos. Así:

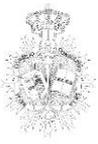
-El informe del Servicio de Urgencias, concluye que “*Todo lo actuado con el paciente se desarrolla conforme las guías clínicas de uso general*”, adjuntando a tal efecto la bibliografía y algoritmos de consulta.

-El informe del Servicio de Digestivo señala que “*en ambas exploraciones endoscópicas [días 4 y día 5 de enero] no se puso de manifiesto sangrado activo digestivo decidiéndose, tras la segunda de ellas, ante la mala evolución del paciente, el ingreso para su tratamiento en régimen hospitalario*”.

-El informe del Servicio de Medicina intensiva describe que a su llegada “*se procedió a sedonalgia e intubación sin incidencias. Situación de shock refractario a las medidas adoptadas, sin sangrado activo externo ni anemia. A pesar del tratamiento adoptado, empeoramiento clínico y analítico rápido, con fracaso multiórgano. Se informa a la familia de la situación de extrema gravedad, de la refractariedad a las medidas adoptadas, permitiéndose el acompañamiento familiar en las últimas horas*”.

-La inspección médica, examinados los hechos y datos médicos obrantes en el expediente, estima que la atención, seguimiento, pruebas y tratamiento del paciente se “*ajustó a la lex artis*”. Subraya también que no se puso de manifiesto sangrado activo digestivo en ninguna de las dos endoscopias, que el paciente presentaba datos de estabilidad clínica y que no había signos de resangrado, de modo que el alta del paciente se adecuaba a la guía clínica.

-Por último, el dictamen pericial de la aseguradora corrobora también que el proceso diagnóstico y terapéutico seguido ha sido correcto y conforme a la *lex artis*. A su juicio, el fallecimiento debía ponerse



en relación con la situación global del paciente (que presenta importantes patologías previas que constan en su historial) y con la presencia de una complicación de evolución inesperada.

**3.** En suma, a la vista de los anteriores hechos y de los elementos de prueba apartados, este Consejo entiende que cabe llegar a la convicción racional de que la asistencia prestada al paciente se ajustó a la *lex artis ad hoc*, algo que, por lo demás, tampoco cuestiona, al menos de forma directa, la reclamante. Ello, sin perjuicio, de que en un hipotético procedimiento judicial pueda aportar prueba pericial que contrarie lo manifestado por nosotros en el presente dictamen.

## Quinto

### Sobre la no concurrencia de la “*pérdida de oportunidades*” en el presente caso

**1.** Como decíamos, para que surja la responsabilidad patrimonial es preciso acreditar que en la prestación sanitaria se ha vulnerado la *lex artis* o, en su caso, se ha producido una pérdida de la oportunidad, pero, en ambas hipótesis, debe existir una relación causal, suficientemente fundada, entre éstas y el daño cuya indemnización se reclama.

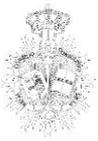
Pues bien, examinado el expediente, a juicio de este Consejo, la reclamante no ha aportado prueba suficiente —tal y como le compete— en apoyo de las manifestaciones que contiene su escrito de reclamación destinadas a fundamentar su pretensión de indemnización por “*pérdida de oportunidad*”.

**2.** La reclamación se limita a señalar, de modo apodíctico, que existió una “*pérdida de oportunidad*” del fallecido de recibir un tratamiento adecuado al habersele dado de alta el día 4 de enero de 2022.

Sin embargo, dicha afirmación se halla huérfana de elementos de prueba o evidencias que fundamenten que el alta hospitalaria del día 4 de enero de 2022, a las 21:38 horas, no estuviese indicada.

Tampoco se aportan elementos de juicio que permitan, de algún modo, sostener que, si hubiese permanecido ingresado, se le hubiera proporcionado un tratamiento o atención distinta o más rápida a la dispensada, tras su nuevo ingreso (a las 6:07 horas del día siguiente), que, a su vez, podría haber llevado, razonablemente, a un desenlace distinto.

En sentido contrario, sin embargo, los informes técnicos obrantes en el expediente permiten de nuevo llegar a la convicción de que, en el supuesto que examinamos, no cabe apreciar la reclamada “*pérdida de oportunidad*”, de conformidad con las exigencias que impone la jurisprudencia:



-El informe del Servicio de Urgencias, en relación, específicamente, con el alta del paciente, señala: *“Con los resultados de la gastroscopia realizada (sin evidencia de sangrado activo), la ausencia de signos de re-sangrado, la ya citada estabilidad del paciente; Junto con la recomendación en informe médico de gastroscopia por parte del Servicio de Digestivo de doblar dosis de omeprazol y repetición de gastroscopia en 6 meses para comprobar la curación de la mucosa, procedo, con su conformidad, al alta hospitalaria del paciente con las recomendaciones descritas en informe médico”*.

-La inspección médica subraya también que no se puso de manifiesto sangrado activo digestivo en ninguna de las dos endoscopias, que el paciente presentaba datos de estabilidad clínica y que no había signos de resangrado, de modo que el alta del paciente se adecuaba a las guías clínicas.

La citada estabilidad del paciente se concluye a la vista de que, a lo largo de las doce horas de control, el paciente mantiene buen estado general, conservando cifras tensionales habituales, sin taquicardia y sin nuevo episodio de sangrado.

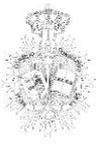
-Por último, el dictamen pericial de la aseguradora considera, igualmente, que la asistencia sanitaria al paciente el día 4 de enero de 2022 fue correcta y ajustada a *“todos los protocolos establecidos en el procedimiento diagnóstico y terapéutico del paciente”*.

En este sentido afirma que *“El Expediente Administrativo contiene información con respecto a los algoritmos de actuación en el caso de hemorragia digestiva, que se siguieron de forma estricta. De acuerdo con los hallazgos endoscópicos, el paciente presentaba un sangrado de bajo riesgo de recidiva (Forest III, úlcera con fondo de fibrina: riesgo de resangrado inferior al 5%). Durante todo el periodo de observación hospitalaria hasta el alta del Servicio de Urgencias el paciente no presentó exteriorización de hemorragia (ni hematemesis, ni melenas) y tampoco datos de nuevo sangrado, con inestabilidad hemodinámica (hipotensión o taquicardia). Con este conjunto de datos clínicos, analíticos y endoscópicos, el paciente podía ser dado de alta para seguir tratamiento ambulatorio con protección gástrica con inhibidores de la bomba de protones (IBP, omeprazol y derivados). Cualquier complicación sobreañadida podía considerarse como un evento improbable desde el punto de vista estadístico”*.

Por tanto, entiende que no existe nexo causal entre la *práxis* médica y el fallecimiento del paciente: su alta, por parte del Servicio de Urgencias, fue correcta con los datos clínicos, analíticos y hemodinámicos obtenidos durante el período de observación, de manera que cualquier complicación debía estimarse como *“de muy baja probabilidad”*.

**3.** En conclusión, a juicio de este Consejo, con los datos obrante en el expediente, el seguimiento y la asistencia del paciente se ajustó a la buena *praxis* y no cabe apreciar, en este supuesto, una *“pérdida de oportunidad”*. No ha quedado así acreditado con un mínimo de probabilidad causal que la evolución del paciente y su fatal desenlace, hubiera tenido otro devenir mejor si el paciente hubiese permanecido ingresado la noche del 4 al 5 de enero de 2022.

En este sentido, no debemos olvidar que *“La doctrina de la pérdida de oportunidad exige que la posibilidad frustrada no sea simplemente una expectativa general, vaga, meramente especulativa o excepcional ni puede entrar en consideración cuando es una ventaja simplemente hipotética...”* (STS de 25 de mayo de 2016).



## CONCLUSIÓN

### Única

A juicio de este Consejo Consultivo, la presente reclamación debe ser desestimada por falta de probanza de sus fundamentos.

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.

José Ignacio Pérez Sáenz  
EL PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO