

En Logroño, a 25 de abril 2024, 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.^a Amelia Pascual Medrano, D.^a Ana Reboiro Martínez-Zaporta y D.^a M.^a Belén Revilla Grande; y del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Serrano Blanco; y siendo ponente D.^a Amelia Pascual Medrano, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

16/24

Correspondiente a la consulta formulada por la Excm. Sra. Consejera de Salud y Políticas Sociales en relación con la *Reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria por el fallecimiento del padre de los reclamantes; derivados de la asistencia sanitaria tras síncope y caída, y que valora en 200.000 euros.*

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

La Consejería de Salud y Políticas Sociales del Gobierno de La Rioja ha tramitado un procedimiento de responsabilidad patrimonial del que resultan los siguientes antecedentes de interés.

Primero

1. Mediante escrito sellado de entrada en el Registro, el día 31 de julio de 2023, XXX, XXX, XXX, XXX y XXX, en su propio nombre y derecho, presentan reclamación administrativa de responsabilidad patrimonial, ante la Consejería de Salud y Políticas Sociales del Gobierno de La Rioja, por el fallecimiento el 7 de marzo de 2023 de su padre.

Los hechos, en los que los reclamantes sustentan su pretensión son, en resumen, los siguientes:

“—Con fecha 26 de octubre de 2022, nuestro padre XXX acude al Servicio de Urgencias del Hospital San Pedro de La Rioja, por «episodio de síncope con pérdida de conocimiento y relajación de esfínteres mientras se encontraba en la compra».
[...]

En dicho servicio de urgencias le realizan una radiografía («RX Columna dorsal AP y LAT: signos degenerativos de columna sin patología aguda») y se observa «durante estancia en urgencias dolor dorsal por caída que es tratado de forma efectiva con paracetamol».

A las 6 horas del ingreso le dan de alta con:

«control de INR por MAP reajustar tratamiento anticoagulante», dado que [el paciente] tomaba SINTROM».

[...]

*—A los 3 días y ante los constantes dolores de espalda, cada vez más agudos acude nuevamente con fecha 29 de octubre de 2022, al Servicio de Urgencias del Hospital San Pedro por «**persistencia de dolor dorsal tras caída el miércoles 26** de octubre, dicho dolor le produce disnea en reposo, le impide apoyar la espalda. Se encuentra en tratamiento con nolotil y paracetamol **sin notar mejoría**».*

En la exploración general figura «dolor a la palpación en apófisis espinosas dorsales D3 -D4 -D5».

Nuevamente le realizan una radiografía («RX dorsal: no aprecio fractura ni lesiones agudas. Cambios degenerativos y discreta protrusión discal a nivel de D4 -D5. Osteofitos en proyección AP») y se le da el alta.

[...]

*—Con fecha 5 de noviembre de 2022, es decir a los 5 días de su anterior estancia en urgencias y a los 10 días de la caída, acude nuevamente al Servicio de Urgencias del Hospital San Pedro, **esta vez ya en ambulancia**, refiriendo que «**desde ayer ha perdido fuerza en ambas piernas, esta mañana se ha caído debido a esta debilidad sobre la espalda**. Se aprecia hematoma. Acude por importante dolor en la espalda. (...) Refiere pérdida de fuerza en las extremidades inferiores de predominio en EEII izquierda, sobre todo distal. Asocia alteración de la sensibilidad en ambas EEII».*

Realizan un «TAC columna lumbosacra y dorsal» y concluyen que tiene «osteopenia acentuada, sin signos de enfermedad secundaria». También figura que tiene un pinzamiento 5° espacio lumbar.

«impresión clínica: contusión dorsolumbar». Le administran tratamiento para el dolor y le dan el alta, llevándole a su domicilio en ambulancia.

[...]

*—Al día siguiente, 6 de noviembre de 2022, acude nuevamente a Urgencias del Hospital San Pedro, «con cuadro clínico de varias horas de evolución (10 h aproximadamente) **con pérdida de la sensibilidad desde el ombligo y pérdida de la fuerza de ambas extremidades inferiores. Con relajación de esfínter urinario según nos refiere**».*

[...]

Ese día finalmente se realiza una resonancia magnética con el siguiente resultado:

«RMN: Rotura de ligamento longitudinal anterior a nivel de D4-D5 con edema óseo a ambos márgenes de la articulación y fractura aguda bilateral de apófisis articulares inferiores de D4.

Obliteración moderada del espacio raquídeo posterior desde D2 a D7, por una imagen extradural que plantea el diagnóstico diferencial entre hematoma epidural dado el contexto clínico versus lipomatosis. Valorar realización de secuencias axiales en T2 en eco de gradiente para valorar correctamente mielopatía y presencia de restos hemáticos para confirmar hematoma epidural».

Ese día finalmente diagnostican **PARAPLEJIA COMPLETA**, con traslado al Hospital Universitario de Álava, al servicio de Raquis-Traumatología, para realizar una operación quirúrgica.
[...]

—Cuando acuden al Servicio de Traumatología del Hospital Santiago Apóstol de Vitoria, Álava, nos informan de lo que en realidad le ocurre a nuestro padre XXX. Así, en el informe diagnostican:

«FRACTURA VERTEBRAL TRICOLUMNAR TIPO C (T5 -T6) EN COLUMNA RÍGIDA CON LESIÓN MEDULAR ASIA A»

El día 7 de noviembre de 2022, el equipo de médicos del Servicio de Traumatología del Hospital Santiago Apóstol realiza una intervención quirúrgica [...], consistente en «una fijación pedicular 13-T8 Firebird MBA con tornillos bilaterales».

Después de permanecer 72 h en la UCI para control post operatorio, el día 11 de noviembre se le traslada al Hospital San Pedro de Logroño.
[...]

—El día 11 de noviembre de 2022, ingresa en el Hospital San Pedro de La Rioja, tras dicho traslado, en el Servicio de Traumatología, para realizar su correspondiente tratamiento sobre columna cervical.

En ese momento nos informan a la familia que, a pesar de la intervención quirúrgica, y debido a la lesión ocurrida «no se prevé posibilidad de marcha. Dada la edad y la comorbilidad del paciente no es un objetivo realista plantear transferencias autónomas ni autopropulsión de silla de ruedas. Planteamos como objetivo trabajo en sedestación y volteos, para que el paciente ayude en el cambio de pañal».
[...]

—Con fecha 23 de noviembre de 2022, se traslada a nuestro padre al centro de convalecencia de Valvanera, donde, tras ir y volver de este centro al Hospital San Pedro, finalmente fallece con fecha 7 de marzo de 2023.
[...]

Según consta en el Certificado de defunción médico la causa inicial o fundamental del fallecimiento es la «LESIÓN MEDULAR COMPLETA CON NIVEL T4».

El relato de hechos anterior se acompaña de la documentación médica atinente a cada uno de ellos (págs. 12 y ss. del expediente)

2. La reclamación se fundamenta en que consideran que, en la atención sanitaria dispensada, concurrió una negligencia médica “*derivada de la falta de actuación, desidia y error de diagnóstico de alguno de los profesionales médicos que lo atendieron*”.

En esencia, la negligencia médica se centra en “*la tardanza en la realización de la prueba correcta y sobre todo la tardanza en diagnosticar la fractura vertebral*”, lo cual, a su juicio, dejó postrado a su padre, “*sin solución alguna comenzando a partir de ese momento un continuo deterioro que finaliza con su fallecimiento*”.

Se concluye, por los reclamantes, que *“al haberse omitido [por dejación o falta de diligencia] la realización de las pruebas suficientes que hubieran puesto de manifiesto desde el primer día el problema que estaba sufriendo nuestro padre”, se impidió tratar a tiempo la fractura vertebral con lesión modular, la cual “de haberse tratado a tiempo, habrían podido evitarse las fatales consecuencias que tuvo”.*

Más en concreto, la reclamación pone en cuestión: i) que no se realizara un TAC (tomografía axial computarizada) hasta el tercer ingreso en Urgencias (5 de noviembre de 2022: 10 días después de la caída) y que no realizasen más pruebas complementarias y le diesen el alta médica; y, ii) que sólo tras acudir al día siguiente de nuevo a urgencias, se le realizase finalmente una RMN (resonancia magnética nuclear) que evidenció la fractura vertebral.

3. Por lo que hace a la indemnización solicitada, se reclama, para el conjunto de los hijos, la cantidad de **200.000 euros**, cifra esta huérfana de desglose o justificación particular en la reclamación.

Segundo

El día 2 de agosto de 2023 se dicta Resolución por la que se tiene por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial, con efectos del día 31 de julio de 2023, se nombra Instructor y se comunica a los reclamantes diversa información relativa a la instrucción de este.

Consta también la comunicación a la aseguradora del Servicio Riojano de Salud (*Relyens Mutual Insurance*).

Tercero

El 2 de agosto de 2023 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.

En la misma fecha, se requiere al Hospital Santiago Apóstol de Vitoria (Osakidetza) y a la Clínica Viamed Valvanera de Logroño, para que remitan copia de la historia clínica del paciente.

Consta en el expediente, a continuación, la documentación remitida por los tres centros sanitarios. En relación con la asistencia sanitaria dispensada por el Servicio Riojano de Salud, además de la historia clínica, se adjuntan los informes aportados por:

i. Dr. 1 (Servicio Urgencias), de 11 de septiembre de 2023.

En relación con el ingreso de 26 de octubre de 2022, en la cual actuó de supervisor del MIR Dr. 2, se señala *“que el paciente no presentaba signos de enfermedad de la médula porque caminaba”* ... que *“además del examen físico se le realizaron análisis, un electrocardiograma y radiografías que no mostraban imágenes de fractura vertebral dorsal”*.

En relación con la atención dispensada tres días después en Urgencias a las que nuevamente acude al paciente por dolor dorsal quiere comentar lo siguiente: *“veo que tampoco detectaron lesiones óseas en las radiografías, le recomendaron un calmante más potente y le indicaron que si el dolor persistía o aparecían nuevos síntomas, volviese a Urgencias (informe de 29/10/2022 de los Dres. 3 (MIR) y 4).*

Diez días después de nuestra atención, volvieron a Urgencias porque, según consta en el informe de los Dres. 5 (MIR) y 6, el paciente se había caído de nuevo y golpeado en la espalda, que le dolía; por eso, le solicitaron un escáner (TAC) de columna, que no mostró lesiones vertebrales graves (fracturas o luxaciones). Me parece tendencioso que en la reclamación de la familia se refieren al TAC como «siguen sin ver nada» cuando en realidad es que no se veía nada.

Al día siguiente, ONCE después de nuestra atención y con al menos otra caída con traumatismo en la espalda, se observan síntomas (paraparesia) y signos sospechosos de lesión medular, QUE NO TENIA NI CONSTAN EN LOS INFORMES PREVIOS por lo que le solicitan una resonancia (RNM) que reveló un hematoma extradural medular, por lo que se trasladó a Neurocirugía.

En la página 6 de alegaciones de la familia dicen que se causó un daño irreversible por «no atender a las solicitudes insistentes del paciente», cuando es evidente que de ningún modo se desatendió a esta persona y que entiendo que se solicitaron las pruebas pertinentes de acuerdo con sus síntomas, en cada momento”.

ii. Dr. 6 (Servicio Urgencias), de 20 de septiembre de 2023.

En relación con la asistencia dispensada el 5 de noviembre de 2022, escribe que:

“Dicho día, acudió a Urgencias por una caída con contusión en la zona dorsolumbar, habiendo presentado previamente episodios similares atribuidos a su situación basal y posibles cuadros hipotensivos. Ante el dolor y los antecedentes de las caídas previas, se solicitó una tomografía axial computarizada (TAC) de columna dorsolumbar para descartar una posible lesión aguda no apreciada en los estudios radiológicos previos, no observando signos de la misma. En la exploración realizada ese día, no se apreciaban niveles sensitivos que pudieran hacer sospechar una lesión medular. Como se observa en la literatura adjuntada, en nuestro entorno, la práctica clínica diaria se fundamenta en la realización de una TAC para una mejor valoración de la zona (si las radiografías no suficientes). Si el paciente presenta signos de posible lesión medular, se puede plantear la realización de otro tipo de pruebas complementarias, incluyendo la resonancia magnética nuclear. Ese día, el paciente estuvo en Urgencias 9 horas, sin presentar durante su estancia, como recoge el informe, sospecha clínica de posible afectación. Por lo tanto, se procedió al alta hospitalaria, indicando la necesidad de acudir a Urgencias ante cualquier incidencia en la evolución, como así ocurrió tristemente a las 24 horas”.

iii. Dr. 4 (Servicio Urgencias), de 30 de agosto de 2023.

El Dr. 4 indica que el 29 de octubre de 2022 supervisa al Dr. 3 (MIR), que atendió al paciente.

“Tras la exploración se realizaron radiografías de columna vertebral dorsal, donde no apreciamos — comenta— fracturas ni lesiones agudas [...]. La impresión clínica fue: Dolor Dorsal sin irradiación, no complicado, Hipopotasemia leve”.

Concluye su escrito señalando que *“Es importante señalar que ni los síntomas que manifestaba el paciente ni en la exploración física realizada no se detectó ninguna alteración neurológica (no había pérdida de fuerza en piernas ni alteración sensitiva de ambas EEII) que, de haberlas, hubiera precisado de la realización de otras pruebas complementarias”.*

iv. Dr. 7 (Servicio Traumatología), de 6 de octubre de 2023.

En este caso el informe se refiere a la asistencia dispensada en el HSP, tras su vuelta del Hospital de Vitoria el 11 de noviembre de 2022 y su traslado al centro de convalecencia de Valvanera.

v. Dra. 8 (Servicio Rehabilitación), de 11 de octubre de 2023.

Este informe se refiere también, únicamente, al tratamiento, en este caso rehabilitador, tras ser trasladado de Vitoria después de la cirugía.

vi. Dra. 9 (Servicio Urgencias), sin fecha.

Su intervención —informa— se limitó a gestionar el traslado del paciente al centro hospitalario de referencia, una vez que se llegó al diagnóstico de la lesión medular.

Cuarto

Por su parte, el informe pericial (26 de octubre de 2023), emitido a instancia de la aseguradora del SERIS, por dos especialistas en cirugía ortopédica y traumatología, concluye:

“1. Considero que en urgencias se hicieron las pruebas pertinentes acorde a la sintomatología del paciente.

2. La primera prueba para descartar lesión en la columna en un paciente que sufre un traumatismo es la Rx.

3. Ante no mejoría del paciente, se realizó un TAC que fue informado como normal. Aunque hay estudios que afirman que el TAC es incluso más sensible que la RMN para detectar este tipo de fracturas, tiene una serie de limitaciones técnicas. En este caso no fue capaz de revelar la patología del paciente.

4. La RMN en un servicio de urgencias se solicita ante daño neurológico, cuando esto sucedió el paciente ya tenía una lesión medular completa.

5. El tratamiento y manejo posterior del paciente desde el punto de vista traumatológico es el adecuado”.

Quinto

Seguidamente, consta en el expediente el informe de la Inspección Médica, de 25 de enero de 2024, cuyas conclusiones, en base a los hechos y a la bibliografía consultada, son las siguientes:

“1º - XXX era un señor de 81 años, pluripatológico, con antecedentes médicos destacados de Adenocarcinoma prostático de alto grado, con extensión extraprostática en tratamiento paliativo; obesidad; fibrilación auricular con episodios de ritmo lento; SAHS (síndrome de apnea hipopnea del sueño); hiperostosis vertebral anquilosante idiopática; entre otros.

2º - El asegurado sufre una primera caída el 26/10/2022 y es trasladado al S. Urgencias del HUSP. Allí, después de realizar una correcta anamnesis y exploración física, se completa el estudio con RX (radiografías) de la columna, sin apreciarse lesiones óseas agudas. Con estos resultados se pauta analgesia y se tramita el alta a su domicilio. El 29/11/2022, el paciente acude de nuevo a Urgencias por dolor. Se sigue de nuevo el protocolo médico: anamnesis, exploración y pruebas complementarias requeridas según lo anterior, en este caso RX y TAC (tomografía axial computarizada). Con una exploración neurológica normal (Glasgow de 15/15, movilidad y sensibilidad conservadas en las cuatro extremidades y control de esfínteres) y ante la ausencia de lesiones óseas agudas; se procede al tratamiento sintomático (analgesia) y seguimiento por su médico de familia. El 6/11/2022 y tras una nueva caída, de nuevo acude al S. de Urgencias. Es la primera vez que el paciente refiere y así se puede constatar en la exploración, pérdida de movilidad y sensibilidad en la parte inferior del cuerpo. De hecho, en la anamnesis de urgencias se recoge una "evolución de 10 horas" de esta clínica neurológica. Con el cambio de sintomatología y los nuevos hallazgos en la exploración neurológica se realiza RMN (resonancia magnética nuclear).

3º - Por tanto, revisando las guías clínicas actualizadas en relación al manejo de traumatismos en las urgencias hospitalarias y teniendo en cuenta las indicaciones de la RMN de urgencia, se puede resolver que la actuación seguida en el Servicio de Urgencias del HUSP siguió en todo momento la adecuada praxis médica.

4º - En las tres visitas realizadas a dicho servicio por el asegurado, se le practicaron una correcta anamnesis y una completa exploración. En función de los resultados obtenidos, se realizaron las pruebas complementarias requeridas en cada momento...

5º - Además, hay que tener en cuenta dos aspectos. Por un lado, se trataba de un señor de 81 años, pluripatológico y plurimedcado, con una enfermedad ósea de base y con un estado de los huesos propios de su edad. Por otro lado, el asegurado sufrió varias caídas entre los días 26/10 y 6/11, por lo que resulta complicado establecer en cuál de ellas se produjo la fractura vertebral y la lesión medular.

6º - Por último, resulta difícil conocer cuál fue la causa de su fallecimiento sin una autopsia [...], la parálisis de la parte media del tórax hacia abajo del cuerpo influyó en el deterioro del paciente, pero dada la situación inicial del mismo, no se puede conocer en qué porcentaje fue determinante para el desenlace final”.

En suma, la Inspección Médica no encuentra datos que indiquen que la asistencia sanitaria prestada haya sido incorrecta y que no se haya actuado, en todo momento, conforme a la *lex artis*.

Sexto

Concluida la fase de instrucción, se concedió trámite de audiencia a los reclamantes, que presentaron alegaciones, mediante escrito de 15 de febrero de 2024.

Al margen de ratificarse en su reclamación: i) subrayan algunos errores en los informes médicos, que ellos mismos atribuyen a la mecanografía; ii) insisten en el que el paciente únicamente se cayó el día 26 de octubre de 2022 y no tuvo varias caídas como afirma la Inspección (cabe señalar, no obstante, sobre este particular, que el informe médico de urgencias del día 5 de noviembre —corroborado por el del día 6 de noviembre— señala *“esta mañana se ha caído debido a esta debilidad sobre la espalda. Se aprecia hematoma”*); iii) entienden que los informes médicos parten de un estado de salud deteriorado del paciente, que no se ajusta a la realidad (subrayan que el adenocarcinoma prostático no tenía metástasis y que, en ese momento, la situación se hallaba contralada); y, iv) adjuntan notas de prensa sobre errores en los resultados de las pruebas de TAC realizadas en el SERIS por la empresa *Telrads*, que realizó el de su padre el 5 de noviembre de 2022.

Séptimo

En fecha 22 de marzo de 2024, 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 9 de abril de 2024.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente con fecha 11 de abril de 2024, y registrado de entrada en este Consejo ese día, la Excm. Sra. Consejera de Salud y Políticas Sociales 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 día el 16 de abril de 2024, 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 (LPACAP), 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 200.000 euros, nuestro dictamen resulta ser preceptivo.

2. En cuanto al contenido del dictamen, el párrafo final del citado art. 81 LPACAP 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 LPACAP.

Segundo

Sobre la responsabilidad patrimonial de la Comunidad Autónoma de La Rioja

1. Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 de la Constitución, arts. 32.1 y 32.2 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, del Régimen Jurídico del Sector Público, 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 *conditio 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. En relación con el criterio de imputación objetiva aplicable en materia de responsabilidad sanitaria, debe recordarse que, frente al principio de responsabilidad objetiva interpretado radicalmente, y que convertiría a la Administración sanitaria en aseguradora de cualquier resultado negativo, el Tribunal Supremo (Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 13 de noviembre de 2012, ECLI:ES:TS:2012:7272) tiene sentado el criterio de que:

“La responsabilidad de la Administración sanitaria constituye la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, mas, en ningún caso, como 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 en que se produce el hecho acaecido pone razonablemente a disposición de la Medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales; [...] 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.

En otros términos, que la Constitución determine [en su] artículo 106.2 que «los particulares, en los términos establecidos por la Ley, tendrán derecho a ser indemnizados por 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 de los servicios públicos [...] en todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas», no significa que la responsabilidad objetiva de las Administraciones públicas esté basada en la simple producción del daño, pues además éste debe ser antijurídico, en el sentido de que quien lo padece no tenga obligación de soportarlo por haber podido ser evitado con la aplicación de las técnicas conocidas por el estado de la ciencia y razonablemente disponibles en dicho momento”.

Lo mismo que del art. 106.2 de la CE resulta de la Ley 40/2015 de 1 de octubre, reguladora del Régimen Jurídico de las Administraciones públicas, en su artículo 32.2.

4. Pues bien, cabe recordar que *lex artis ad hoc* es el criterio de imputación objetiva de la Administración sanitaria, consistente en la exigencia de que ésta actúe conforme a los conocimientos, protocolos y técnicas adecuados al caso concreto, empleando los medios más apropiados, en sustancia, tiempo y forma, para diagnosticar, tratar y sanar a un determinado paciente según el estado actual de la ciencia al respecto y los vigentes

protocolos profesionales de actuación. Como recuerdan las Sentencias del Tribunal Supremo de 13 de julio de 2007 (ECLI:ES:TS:2007:5763 y ECLI:ES:TS:2007:4902).

*“Cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible a la Ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente.*

... aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si esta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia posoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste”.

En el fondo, cabe decir que no se trata de que el perjudicado tenga un específico deber jurídico de soportar el daño, sino que, simplemente, si se ha actuado conforme a la *lex artis ad hoc*, no cabe imputar dicho daño a ningún sujeto, por no concurrir el imprescindible criterio positivo de imputación que el ordenamiento siempre requiere para hacer nacer la responsabilidad y la consiguiente obligación de indemnizar aquél.

5. Como premisa 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, ECLI:ES:TS:2010:4119).

Es a la luz de estas consideraciones como habrá de analizarse la reclamación formulada por el interesado.

Tercero

Sobre la no existencia de responsabilidad patrimonial en el presente caso: cumplimiento de la *lex artis*

1. De acuerdo con las consideraciones nuestro Fundamento de Derecho anterior, 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. En este caso, el juicio de este Consejo —adelantémoslo ya— coincide con la propuesta de resolución de desestimación de la reclamación.

En efecto, no se ha acreditado por los reclamantes que el fallecimiento de su padre —que este Consejo lamenta— fuera debido a la asistencia sanitaria que se le dispensó, ni es posible deducir de los datos obrantes en el expediente examinado que dicha asistencia no se ajustase a la *lex artis ad hoc*.

3. El caso que examinamos se funda en un supuesto error de diagnóstico inicial, imputable a la “*desidia*” del personal médico del servicio de urgencias y a la omisión de pruebas diagnósticas durante la primera fase asistencial, lo que, según los reclamantes, retrasó el adecuado tratamiento del paciente, el cual, a su vez, podría haber evitado las fatales consecuencias que tuvo.

Ahora bien, en apoyo de dicha tesis, lo cierto es que los reclamantes únicamente aportan su valoración subjetiva del proceso asistencial seguido.

4. Dicho proceso, a tenor de los datos referidos en los Antecedentes, puede resumirse en los siguientes términos:

-Se trata de un paciente pluripatológico de 81 años.

-Tras un síncope, con pérdida de conocimiento, acude a urgencias: i) el mismo día de la caída: 26 de octubre de 2022; ii) el 29 de octubre de 2022, ante la persistencia del dolor dorsal; iii) el 5 de noviembre de 2022, por debilidad en las piernas (“*esta mañana se ha caído debido a esta debilidad sobre la espalda*”); y, iv) el 6 de noviembre de 2022, por pérdida de sensibilidad desde ombligo y pérdida de fuerza y sensibilidad de ambas extremidades inferiores.

-Los días 26 y 29 de octubre, el paciente caminaba, no presentaba alteraciones neurológicas y las radiografías no mostraban fracturas o lesiones agudas, por lo que, tras pautar tratamiento analgésico y control por el médico de atención primaria fue dado de alta.

-El 5 de noviembre, el paciente refiere pérdida de fuerza en las extremidades inferiores, alteración de la sensibilidad y mal control del dolor (“*conserva movilidad en ambas EEII, fuerza 5/5 en derecha 4/5 izquierda. Sensibilidad conservada. Comenta sensación diferente en muslo derecho*”). Se le hace radiografía y un TAC, que es informada como “*Osteopenia acentuada. Sin signos de enfermedad secundaria*”. La pauta analgésica dispensada alivió el dolor y el paciente continuaba consciente y orientado. Se le da el alta.

-El 6 de noviembre, acude de nuevo a urgencias, con pérdida de sensibilidad desde el ombligo y con pérdida de fuerza y sensibilidad en ambas extremidades. Se realiza RMN, que muestra una fractura de columna y hematoma epidural.

Pues bien, como adelantábamos, de los hechos expuestos, a nuestro juicio, no es

posible deducir la desidia o desatención sanitaria señalada por los reclamantes, mientras que, por el contrario, el informe pericial y los diversos informes médicos emitidos al respecto coinciden en descartar la concurrencia de una mala *praxis*.

A) El diagnóstico médico —recordemos— constituye un proceso de razonamiento inferencial, que se lleva a efecto a partir del análisis del cuadro clínico que presenta el paciente y de las pruebas médicas procedentes, con la finalidad de emitir el pronóstico y pautar un tratamiento.

Un diagnóstico incorrecto no es, por sí solo, fuente generadora de responsabilidad, cuando se han empleado los medios necesarios para llevarlo a efecto actuando diligentemente.

No cabe, por tanto, apreciar responsabilidad aun cuando exista confusión en el diagnóstico, si viene propiciada: por la ausencia de síntomas claros de la enfermedad, o cuando los mismos resultan enmascarados con otros más evidentes característicos de otra dolencia. El médico tiene la obligación de realizar todas las pruebas diagnósticas necesarias atendiendo al estado de la ciencia en ese momento, de tal forma que: i) la omisión de pruebas exigibles atendiendo las circunstancias del paciente; ii) un diagnóstico que presente un error de notoria gravedad o unas conclusiones absolutamente erróneas; y, iii) no haber practicado todos los exámenes exigibles, al paciente, pueden constituir una vulneración de la *lex artis* y puede existir una base para declarar la responsabilidad, entendiendo, en cualquier caso, que no se puede cuestionar un diagnóstico inicial por la evolución ulterior del cuadro clínico cuando entraña una especial dificultad acertar con el diagnóstico correcto, a pesar de haberse puesto todos los medios disponibles (por todas, STS 680/2023 de 8 mayo de 2023, ECLI:ES:TS:2023:2050).

En este sentido, el informe pericial y el de la Inspección Médica concluyen que, de acuerdo con los protocolos y guías clínicas, en este caso, la atención dispensada al paciente se adecuó en cada momento a la *lex artis ad hoc*.

El diagnóstico fue así ajustándose, de forma coherente, a los resultados de la exploración y de las pruebas realizadas. Poniéndose además de relieve por los peritos de la aseguradora que la literatura médica “*describe la complejidad y alta frecuencia de retraso en el diagnóstico de las fracturas por hiperextensión del paciente espondilótico. Esto se debe a la dificultad en la interpretación de las radiografías debido a las alteraciones degenerativas preexistentes en estos pacientes*”.

B) Por lo que se refiere a la **adecuación de las pruebas médicas** al estado de la ciencia en ese momento y a las circunstancias del momento —cuestión que, a nuestro juicio, es la base sustancial de la reclamación—, los informes técnicos referidos coinciden, de nuevo, en que las pruebas practicadas fueron las requeridas de acuerdo con la clínica del

paciente en cada momento (ello, por otra parte, avala los informes emitidos por los facultativos de urgencias).

A este respecto, el TS ha reiterado que la *lex artis* “supone que la toma de decisiones clínicas está generalmente basada en el diagnóstico que se establece a través de una serie de pruebas encaminadas a demostrar o rechazar una sospecha o hipótesis de partida, pruebas que serán de mayor utilidad cuanto más precozmente puedan identificar o descartar la presencia de una alteración, sin que ninguna presente una seguridad plena”. De manera pues que, “En el terreno del diagnóstico, la obligación del médico es la de realizar todas las pruebas diagnósticas necesarias, atendido el estado de la ciencia médica en ese momento. Sólo la omisión de las pruebas exigibles en atención a las circunstancias del paciente y el diagnóstico que presente un error de notoria gravedad o unas conclusiones absolutamente erróneas puede servir de base para declarar su responsabilidad” (por todas, STS 112/2018 de 6 de marzo de 2018, Sala Primera, ECLI:ES:TS:2018:724, FJ 3).

En el caso que nos ocupa, todas las valoraciones médicas emitidas concluyen en que, a lo largo del proceso, el paciente no presentaba signos que obligasen a realizar más pruebas diagnósticas. El informe pericial expresamente señala:

“1. Considero que en urgencias se hicieron las pruebas pertinentes acorde a la sintomatología del Paciente.

2. La primera prueba para descartar lesión en la columna en un paciente que sufre un traumatismo es la Rx.

3. Ante no mejoría del paciente, se realizó un TAC que fue informado como normal. Aunque hay estudios que afirman que el TAC es incluso más sensible que la RMN para detectar este tipo de fracturas, tiene una serie de limitaciones técnicas. En este caso no fue capaz de revelar la patología del paciente.

4. La RMN en un servicio de urgencias se solicita ante daño neurológico, cuando esto sucedió el paciente ya tenía una lesión medular completa”.

En particular, se ha subrayado especialmente por los reclamantes la necesidad de haberse realizado una RMN con anterioridad al día 6 de noviembre, pero lo cierto es que el juicio técnico que se ha incorporado al expediente pone de manifiesto que su indicación es la presencia de lesión neurológica, la cual se hallaba ausente con anterioridad.

La realización de radiografías es así, a criterio médico, la prueba inicial razonable para el diagnóstico de cualquier fractura de columna. El 5 de noviembre, a la vista del empeoramiento del paciente, si bien sin manifestar una clínica neurológica aguda, se realiza un TAC —que se valora en la literatura médica como un medio, a veces, más sensible incluso que la RMN— que es informado normal, lo que, tras la mejora del paciente con la analgesia, justifica el alta.

En cualquier caso, pocas horas después, pero ya el día 6 de noviembre, acude de nuevo a Urgencias, donde en atención a la nueva sintomatología (*“pérdida de la sensibilidad desde el ombligo y pérdida de la fuerza de ambas extremidades inferiores. Con relajación de esfínter urinario”*), se realiza una RMN, que evidencia la fractura de la columna.

Por último, cabe hacer dos consideraciones adicionales:

En primer lugar, debemos subrayar que, a pesar de la discrepancia manifestada por los reclamantes en este punto, el informe médico de urgencias del día 5 de noviembre — corroborado por el del día 6 de noviembre— señala *“esta mañana se ha caído debido a esta debilidad sobre la espalda. Se aprecia hematoma”*, de forma, por tanto, que la apreciación de la Inspección Médica: *“Por otro lado, el asegurado sufrió varias caídas entre los días 26/10 y 6/11, por lo que resulta complicado establecer en cuál de ellas se produjo la fractura vertebral y la lesión medular”*, no puede ser descartada, al menos en su totalidad.

Y, en segundo lugar, la lesión medular diagnosticada al paciente, médicamente, tiene siempre muy mal pronóstico y bajo potencial de mejoría, de suerte que la apreciación de los recurrentes de que su tratamiento más temprano hubiera podido evitar las fatales consecuencias, carece en este expediente de pruebas o evidencias que lo avalen.

4. En definitiva, los reclamantes no han acreditado la existencia de un error de diagnóstico atribuible a una asistencia sanitaria negligente, ni la omisión de pruebas exigibles, según la ciencia médica, en atención a las circunstancias concretas del paciente, mientras que, en sentido inverso, obran en el expediente diversos juicios técnicos que descartan que, en este caso, se haya producido una actuación contraria a la *lex artis ad hoc*.

Así las cosas, quedaría excluida la responsabilidad de la Administración en atención a su actuación diligente y conforme a la *lex artis*.

Cuarto

Sobre los errores de diagnóstico de los informes del TAC de la empresa Telrads

Mención particular requiere, a juicio de este Consejo, la alegación de los reclamantes en relación con la eventual emisión de un informe erróneo del TAC practicado al paciente el 5 de noviembre de 2022:

“En cuanto a la realización de forma quizás no correcta (o con error de diagnóstico), nos remitimos a las noticias que recientemente se han dado a conocer, informando de los errores de diagnóstico dados por la empresa que emitía los informes de los TAC. (Para ello nos remitimos a la noticia dada en el período La Rioja con fecha 19 de enero de 2024, titulada «Salud sanciona a la anterior empresa de los informes del TAC por 44 errores diagnósticos. La Administración califica de grave la infracción

y penaliza a la malagueña *Telrads...*»). Dicha empresa realizaba los informes desde febrero de 2022, según dicha noticia”.

En el informe del TAC —recordemos— no se evidenció fractura alguna, lo que, según los reclamantes, a la vista del resultado contrario obtenido en la RMN que se realizó al día siguiente, podría deberse a que forma parte de uno de los informes erróneos a los que se alude en la información periodística, dado que es, justamente, la empresa *Telrads* la que realizó el informe en este caso.

Ahora bien, ello no deja de ser una mera hipótesis carente de sustento probatorio alguno y no puede, por tanto, ser tomada en consideración en el presente dictamen.

Con todo, cabe hacer notar que la propia información periodística aludida recoge unas declaraciones del gerente del SERIS, en el sentido de que, en ningún caso, *ha habido riesgo vital ni se ha comprometido el pronóstico*.

Además, no parece superfluo subrayar, en primer lugar, que el dictamen pericial obrante en el expediente no descarta que el TAC, dadas sus peculiares características técnicas, pueda no evidenciar fracturas que sí detecta una RMN. Y, en segundo lugar, que de haber sido errado el informe del TAC debido a la supuesta negligencia de la empresa concesionaria, lo cierto es que, pocas horas después, a través de la RMN, se llegó al diagnóstico correcto, de forma que no parece posible establecer su nexo causal con el daño alegado.

CONCLUSIÓN

Única

Procede desestimar la reclamación planteada, por no concurrir criterio positivo alguno de imputación de responsabilidad a los Servicios públicos sanitarios, al ajustarse su actuación a la *lex artis ad hoc*.sara

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