En Logroño, a 27 de diciembre de 2006, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. Joaquín Espert y Pérez-Caballero, de los Consejeros D. Antonio Fanlo Loras, D. Pedro de Pablo Contreras, y D. José M^a Cid Monreal, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D. Joaquín Espert y Pérez-Caballero, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

97/06

Correspondiente a la consulta formulada por el Excmo. Sr. Consejero de Salud, en relación con el procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial promovido por D. Pedro L.V. como consecuencia de la asistencia sanitaria que se le prestó.

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

D. Pedro L.V. formula reclamación de responsabilidad patrimonial frente al Servicio Riojano de Salud mediante escrito registrado de entrada el 16 de septiembre de 2005, en el que expone que, el 6 de febrero anterior, a las 23:00 horas, sufrió un infarto cerebral, llamando un vecino a las 23:10 horas al Servicio de Emergencias 061 para solicitar la presencia de una ambulancia. Dicho Servicio respondió que, en aquel momento, no se disponía de ambulancias libres. Posteriormente, es el hijo del interesado, D. Alejandro L.L., quien lo traslada al Hospital, tras haber llamado nuevamente al Servicio de Emergencias y haber confirmado que no era posible disponer de una ambulancia en dicho momento, si bien posteriormente pudo comprobarse que no se disponían de ambulancias tipo UVI, pero sí de tipo asistencial con sólo conductor. El interesado ingresa sobre las 23:40 horas y presenta, como consecuencia del infarto, una hemiplejía derecha y afasia mixta completa, que achaca al retraso en su traslado.

El interesado, que hace constar en su reclamación que, hasta la fecha del incidente, se encargaba del cuidado de su esposa, la cual tenía reconocida un grado de minusvalía del 67%, adjunta los siguientes documentos: i) Resolución de minusvalía de la esposa; ii) Denuncia del hijo del interesado D. Alejandro L. al SERIS; iii) Informe del Coordinador de equipos 061 donde se recogen las diferentes llamadas que se realizaron al Servicio; iv) Informe clínico del interesado, de fecha 21 de febrero de 2005; v) Informe clínico de alta, de fecha 21 de julio de

2005 y vi) Informe clínico de la crisis epiléptica secundaria que sufrió el interesado el 16 de agosto de 2005.

Segundo

Por escrito de fecha 17 de octubre de 2005, la Jefa de Sección de Recursos Humanos se dirige al interesado requiriéndole que cuantifique su reclamación en el plazo de 10 días.

El siguiente día 27 de octubre la Letrada Dña. M^a Dolores M.R., en nombre del interesado, presenta escrito en el que cuantifica los daños en función del dictamen emitido por el Dr. D. Daniel G.F-G, que adjunta al escrito, por un importe total de 421.370, 91 €, integrado por los siguientes conceptos: i) Perjuicio fisiológico: 125.883,87 €; Perjuicio estético: 15.566,16 €; ii) Estancia hospitalaria: 9.543,16 €; iii) Daños morales complementarios: 38.547,32 €; iv) Consecuencias inhabilitantes: 77.639,12 € y v) Necesidad de ayuda de otra persona: 154.191,28 €.

Tercero

Mediante Resolución del Secretario General Técnico, de 9 de noviembre de 2005, se inicia el procedimiento general de responsabilidad patrimonial y se nombra Instructora a D^a Carmen Z..

Por escrito de 10 de noviembre de 2005, la Instructora se dirige al interesado comunicándole la iniciación del expediente y le informa de los extremos exigidos por el artículo 42-4º de la Ley 30/1992.

Cuarto

Con la misma fecha que el escrito anterior, la Instructora se dirige a la Gerencia del Área II *Rioja Media* solicitando informe de cuantos antecedentes e informes estime de interés en relación con la asistencia prestada al interesado. A su vez, se dirige al Centro de Coordinación Operativa SOS-Rioja, solicitando informe sobre antecedentes y datos de interés en relación a las peticiones de transporte sanitario hechas por el vecino e hijo del interesado, copia de las grabaciones relativas a las mismas y partes de reclamación cumplimentados por cada profesional implicado en la asistencia.

La Instructora, envía una copia de la reclamación a la Compañía de seguros Z.

Quinto

El 22 de noviembre de 2005, el Jefe del Centro de Coordinación Operativa SOS-Rioja remite a la Instructora el informe solicitado que no difiere, en esencia, de lo expuesto por el interesado en su reclamación y adjunta las grabaciones de las diferentes llamadas que se efectuaron al Servicio.

Sexto

Por escrito de 2 de diciembre, la Letrada del interesado acredita su representación y adjunta el certificado del grado de minusvalía que presenta el interesado tras el infarto sufrido, grado que es del 80%.

Séptimo

Con fecha de entrada en la Consejería el 7 de diciembre de 2005, la Dirección Gerencia del Área II remite a la Instructora los informes médicos relacionados con la asistencia prestada al interesado.

Octavo

Por Acuerdo de fecha 10 de enero de 2006, notificado al interesado el siguiente día 13, la Instructora deniega la prueba solicitada por éste en su escrito inicial relativa al reconocimiento y emisión de informe del Médico forense, por carecer de autoridad sobre dicho médico, admitiendo la relativa a la hora exacta de ingreso del interesado.

Noveno

La Médico Inspector, con fecha 16 de mayo de 2006, emite el informe solicitado por la Instructora de expediente, en base al realizado por el Dr. G.P. a petición de aquélla, informe que, una vez analizados los hechos, concluye:

1ª.- Que, desde que se percibe la primera llamada desde el domicilio solicitando asistencia, a las 23:10 horas, hasta que el paciente es atendido en el Servicio de Urgencias, a las 23:41 horas, transcurren 31 minutos.

2ª.- Que, desde las 23:16 horas, una vez que el Médico regulador ha hablado con la persona que solicita la asistencia (un vecino del paciente) y se llama por el teleoperador a la empresa de ambulancias Asiscar, que confirma lo afirmado por el Médico regulador, la no disponibilidad de ambulancias, aunque se hace referencia a la posibilidad de disponer de una ambulancia con sólo conductor, hasta que el paciente es atendido en el Servicio de Urgencias, a las 23:41 horas, transcurren 25 minutos.

3ª.- *Que, aunque desconocemos el motivo por el que no se decidió remitir el único recurso disponible, la ambulancia sólo con conductor, ya que, si fue posible desplazar al paciente en un vehículo particular, también podría haber sido trasladado en la citada ambulancia, el tiempo de atención no hubiera sido mucho menor de los 25 minutos.*

4ª.- *Que, como informa el Jefe de Sección del Servicio de Neurología, Dr. G.P., aunque el tiempo de atención de los infartos cerebrales es fundamental, la ventana de actuación terapéutica, según las informaciones científicas disponibles, es de un mínimo tres horas.*

En base a lo anteriormente expuesto, esta Inspección Médica considera que el plazo de tiempo transcurrido entre que se activa la solicitud de la ambulancia hasta que es atendido en el Servicio de Urgencias, 25 minutos, independientemente de cómo se realizó el traslado, está dentro de lo que se considera como plazo de actuación terapéutica para un infarto cerebral y, en todo caso, si se hubiera remitido desde el principio la ambulancia disponible, el tiempo transcurrido hasta que se le prestó asistencia no hubiera sido significativamente menor, existiendo una relación directa o de causa-efecto entre el infarto cerebral y las lesiones o secuelas que presenta en la actualidad el paciente, pero no con el tiempo que tardó en recibir asistencia sanitaria por falta de ambulancias.

Con fecha 18 de mayo, el informe es remitido a la Compañía de seguros Z..

Décimo

Obra a continuación en el expediente un dictamen médico, aportado por la Compañía de seguros Z., que, analizando todos los datos e informes del interesado en relación con el expediente, concluye:

1. A pesar de los problemas de transporte sanitario, el paciente fue atendido en un Centro Sanitario dentro de los tiempos indicados por los protocolos más exigentes.

2. La gran extensión de la lesión contraindicaba la aplicación de tratamiento fibrinolítico que por tiempo podría haber sido aplicado. Límite máximo de tres horas tras el comienzo de los síntomas, siendo atendido el paciente en menos de una hora.

3. La gravedad de la lesión no depende del retraso en la atención (que como hemos señalado no existió) si no de la localización del trombo que impide el riego sanguíneo al cerebro.

4. La atención al paciente fue en todo momento correcta y se atuvo a la lex artis ad hoc.

Décimo primero

Mediante carta de fecha 5 de julio de 2006, la Instructora del procedimiento comunica al interesado la finalización de la instrucción, dándole vista del expediente por un plazo de 15 días hábiles para que formule alegaciones y presente los documentos que considere oportunos, haciendo uso del trámite la Letrada del interesado, solicitando una copia de todos los documentos obrantes en el expediente.

El 18 de julio de 2006, la Letrada presenta escrito de alegaciones, ratificándose en la reclamación inicial por entender que existió un funcionamiento anormal generador de la responsabilidad civil

Décimo segundo

Con fecha 13 de noviembre de 2006, la Instructora del expediente emite Propuesta de resolución en la que propone *"que se desestime la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta por D. Pedro L.V., porque no existió relación de causalidad entre la prestación del servicio y las lesiones padecidas; o bien porque, aun existiendo relación de causalidad, no sería imputable a la Administración, por haber actuado de conformidad con la lex artis"*.

Décimo segundo

El Secretario General Técnico, el siguiente día 14 de noviembre, remite a la Letrada de los Servicios Jurídicos el expediente íntegro para su preceptivo informe, que es emitido favorablemente el 16 de noviembre.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito fechado el 20 de noviembre de 2006, registrado de entrada en este Consejo el día 27 de noviembre de 2006, el Excmo. Sr. Consejero de Salud del Gobierno de La Rioja, remite al Consejo Consultivo de La Rioja para dictamen el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

Mediante escrito de 27 de noviembre de 2006, registrado de salida el día 28 de noviembre de 2006, el Sr. Presidente del Consejo Consultivo de La Rioja procedió, en nombre del mismo, 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 misma quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo señalada.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

Necesidad y ámbito del dictamen del Consejo Consultivo.

El art. 12 del Reglamento de los Procedimientos en materia de Responsabilidad Patrimonial de las Administraciones Públicas, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, dispone que, concluido el trámite de audiencia, se recabará el dictamen del Consejo de Estado o del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma cuando dicho dictamen sea preceptivo, para lo que se remitirá todo lo actuado en el procedimiento y una propuesta de resolución.

En el caso de la Comunidad Autónoma de La Rioja, el artículo 11 -g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción dada por la D.A. 2ª de la Ley 4/2005, de 1 de junio, de Funcionamiento y Régimen Jurídico de la Administración de la Comunidad Autónoma de La Rioja, limita la preceptividad de nuestro dictamen a las reclamaciones de cuantía indeterminada o superiores a 600 €.

Al ser la cuantía de la reclamación superior a 600 €, nuestro dictamen resulta preceptivo.

En cuanto al contenido del dictamen, éste, a tenor del art. 12.2 del citado Real Decreto 429/1993, 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 Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Segundo

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

Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 de la Constitución y 139.1 y 2 141.1 LRJ-PAC) 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.

En el presente caso, entendemos que son dos las cuestiones que deben ser analizadas; por un lado, si existió un funcionamiento anormal del servicio público sanitario y, por el otro, si los daños alegados por el paciente son consecuencia del servicio prestado por la Administración Riojana de Salud.

La primera de las cuestiones hemos de estudiarla en relación a la asistencia que el SERIS prestó al interesado, pudiendo dividirla en dos fases diferenciadas, cuando se solicitó la presencia de una ambulancia para el transporte al Centro hospitalario y cuando el interesado ingresó en los Servicios de Urgencia. En lo referente a la asistencia prestada en el Servicio de Urgencias, tanto los informes obrantes en el expediente, que afirman que *la atención al paciente fue, en todo momento, correcta y se atuvo a la lex artis ad hoc*, como la propia reclamación efectuada por el interesado que en momento alguno alega o insinúa una mala atención en Urgencias, nos permiten concluir que el Servicio Riojano de Saluda actuó correctamente en función de las patologías que presentaba el paciente.

En cuanto al trasporte solicitado por el vecino del interesado y posteriormente por el hijo de éste, es evidente que la Administración no prestó un servicio adecuado. Esta conclusión se puede extraer del propio informe emitido por la Médico Inspectora a petición de la Instructora del expediente, cuando en las conclusiones se afirma que "*...se llama por el teleoperador a la empresa de ambulancias A. que confirma lo afirmado por el Médico regulador, la no disponibilidad de ambulancias, aunque se hace referencia a la posibilidad de disponer de una ambulancia con sólo conductor... aunque desconocemos el motivo por*

el que no se decidió remitir el único recurso disponible, la ambulancia sólo con conductor, ya que, si fue posible desplazar al paciente en un vehículo particular, también podría haber sido trasladado en la citada ambulancia".

Esta es la razón por la que entendemos que la asistencia prestada por el SERIS al interesado no fue adecuada, la no utilización de todos los recursos de los que se disponían en el momento de la llamada de emergencia, puesto que, si fue posible que el hijo del interesado trasladase a su padre al hospital en su vehículo, también podía haberlo hecho una ambulancia sólo con conductor. Dicho esto, hemos de dejar constancia de que el tiempo en que tardó en ser atendido el paciente, desde que llamó por primera vez a las 23:10 hasta que fue atendido a las 23:41, fue de 31 minutos, por lo que, de haber sido trasladado por una ambulancia, el tiempo de atención no hubiera sido muy inferior, por no decir que hubiera sido el mismo, si se tiene en cuenta que el tiempo de espera de la llegada de la ambulancia se evitó al realizar el traslado en su propio vehículo el hijo del interesado.

Admitido que el Servicio Riojano de Salud no atendió correctamente la llamada de emergencia del interesado, el problema que de fondo se nos plantea en el presente supuesto, y que viene a ser el quid de la cuestión, no es otro que saber si los daños sufridos por el Sr. L.V., cuyo resarcimiento pretende, son consecuencia de la negligente actuación del SERIS o si, de lo contrario, no se hubieran podido evitar aun cuando se le hubiera enviado la ambulancia de inmediato. Dicho de otra forma, si existe una relación de causalidad entre el servicio prestado y las consecuencias del infarto sufrido por el interesado.

Como acertadamente recuerda la Propuesta de resolución, el Tribunal Supremo en su Sentencia de 5 de junio de 1991, también citada en buen número de dictámenes anteriores de este Consejo, distingue cuatro tipos de daños sufridos por los pacientes

- a) Los daños que la enfermedad produce necesariamente, a pesar de todos los tratamientos médicos por adecuados y eficaces que ellos sean, ya que vienen impuestos por el carácter caduco y enfermable de la condición humana
- b) Aquellos daños que son intrínsecos al tratamiento como tal y que, por ello, se producen de modo necesario y justificado por su finalidad terapéutica.
- c) Daños producidos por la enfermedad pero que son evitables con un tratamiento médico prestado a tiempo y adecuado y que su producción es debida a la falta de asistencia sanitaria o a que la prestada no fue la adecuada.
- d) Aquellos otros que el tratamiento médico produce, al margen de su finalidad terapéutica, y que son daños producidos, bien porque no es el tratamiento procedente o adecuado el prestado, o porque en su realización se introducen circunstancias que lo

desnaturalizan y que son ajenas a la constitución individual del enfermo.

Sólo son indemnizables en vía de responsabilidad patrimonial de la administración los dos últimos supuestos, encontrándonos en el presente, sin género de dudas, ante el primero de ellos, daños que la enfermedad produce necesariamente.

Obran en el expediente dos informes periciales a los que, al no haber sido rebatidos, hemos de atender necesariamente. Los dos coinciden en afirmar que los daños que presenta el paciente son consecuencia del infarto que sufrió y que fue atendido de forma correcta. Es más, el informe pericial aportado por la Compañía de seguros Z. afirma que el 30% de los pacientes que sobreviven a un infarto necesitan de ayuda posterior para su vida corriente y que el único tratamiento eficaz en el momento hubiera sido la fibrinólisis, pero que este tipo de tratamientos, además de recomendarse su aplicación en centros especializados, no son recomendados a pacientes con un infarto muy extenso como el que presentaba el interesado. Por ello, no es posible imputar los daños que presenta el interesado a la defectuosa atención que recibió cuando avisaron al 061 solicitando una ambulancia.

Coincidimos con la propuesta de resolución a la hora de afirmar que el interesado fue atendido conforme a la *"lex artis ad hoc"*, pese a la criticable actuación del servicio de emergencia 061, lo que no supuso un empeoramiento ni agravamiento de los síntomas que padecía. Ambos informes coinciden en que el tiempo de actuación asumible en los infartos es de hasta 3 horas, y el interesado fue atendido en 31 minutos, lapso que se encuentra dentro de los tiempos indicados por los protocolos más exigentes.

Este Consejo entiende que las lesiones y secuelas que presenta el interesado son consecuencia directa del infarto que sufrió, sin que exista relación de causalidad entre el funcionamiento del Servicio Riojano de Salud y aquéllos.

Recordemos la postura defendida por nosotros acerca del concepto de causa, expuesta ya en nuestro Dictamen 41/99 y reiterado en buen número de otros posteriores. Debemos entender como causa *"el conjunto de condiciones empíricas antecedentes que proporciona la explicación, conforme con las leyes de la experiencia científica, de que el resultado dañoso ha tenido lugar. A partir de ahí, la fórmula que, en la generalidad de los casos, permite detectar cuáles con las concretas condiciones empíricas antecedentes, o "causas", que explican la producción de un daño, no puede ser otra que la de la "condicio sine qua non", un hecho es causa de un resultado cuando, suprimida mentalmente dicha conducta, el resultado, en su configuración totalmente concreta, no se habría producido. Al analizar los problemas de responsabilidad civil, lo primero que ha de hacerse es, pues, aislar o determinar todas y cada una esas condiciones empíricas o "causas" que explican el resultado dañoso"*.

Si aplicamos esta doctrina al caso dictaminado, resulta evidente que el retraso en la atención, motivado por no haber enviado de inmediato una ambulancia, no constituye causa del resultado dañoso, que se hubiera producido igual aun habiendo sido atendido el reclamante de inmediato. Es decir, aunque suprimamos mentalmente aquella conducta, el daño, en su configuración totalmente concreta, se habría producido igualmente, por lo que no cabe imputar a la Administración Sanitaria responsabilidad alguna; el funcionamiento del servicio público, en definitiva, no es causa del resultado lesivo.

CONCLUSIONES

Única

No existe responsabilidad patrimonial de la Administración Pública Sanitaria de la Comunidad Autónoma de La Rioja, al no existir relación de causa a efecto entre el funcionamiento del Servicio Público Sanitario y los daños cuyo resarcimiento se pretende.

Este es el dictamen que pronunciamos, emitimos y firmamos en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.