

En Logroño, a 26 de mayo de 2009, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. Joaquín Espert y Pérez-Caballero y de los Consejeros D. Antonio Fanlo Loras, D. José M^a Cid Monreal y D^a M^a del Carmen Ortíz Lallana, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, habiendo excusado su asistencia el Consejero D. Pedro de Pablo Contreras y siendo ponente D. Joaquín Espert y Pérez-Caballero, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

42/09

Correspondiente a la consulta formulada por el Excmo. Sr. Consejero de Salud, en relación con el procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial promovido por D^a M. D. C. F. G., en reclamación de los daños y perjuicios consecuencia de la asistencia recibida en el Servicio Riojano de Salud.

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

Mediante escrito de fecha 14 de febrero de 2008, registrado de entrada en la Delegación del Gobierno en La Rioja el día inmediato siguiente y en la Oficina Auxiliar del Registro del Gobierno de La Rioja el día 21, D^a M. del C. F. G. interpone reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública exponiendo, en síntesis, lo siguiente:

Que habiendo acudido a su Médico de Cabecera aquejada de un fuerte dolor del brazo y mano derecha, el facultativo la derivó al Servicio de Neurología del *San Millán-San Pedro*, en el que fue atendida por la Dra. M^a A. L. P. el día 20 de junio de 2006, a la que refiere que, desde hace dos meses, sufre adormecimiento del 4-5º dedo de la mano derecha, con clara pérdida de fuerza e inflamación de mano. A la exploración y con las pruebas complementarias de ENG, le diagnostican de “*neuropatía cubital VS-CS*”.

En julio de 2006, a la vista del resultado de las pruebas de electromiograma y electroneurograma, la misma Dra. diagnostica “*síndrome del túnel del carpo derecho de grado leve*” y, como tratamiento, se pauta “*férula de STC en mano derecha. Evitar movimientos repetitivos de muñeca. Control del hormonas tiroideas por MAP. Perder peso y Dolorac para el dolor*”. Mes a mes, seguía asistiendo a las consultas sin experimentar mejoría alguna.

El 13 de febrero de 2007, acude de nuevo a la consulta de la misma Dra., constando en la evolución “*un proceso de más de un año de evolución de diasesstias e inflamación en 4-5 dedos de mano derecha, que no mejora a pesar del reposo.*”

La Dra. seguía pensando en la mano y en el brazo, sin contemplar siquiera que podría ser dolor reflejo de otra patología.

El 7 de mayo de 2007, regresa a la Consulta de la Dra. L. P.. En la reexploración se destaca: “*reflejos vivos en las 4 extremidades, con clonus agotable en aquíleos, RCP flexor. No otras alteraciones, salvo edema de mano derecha con dolor a la palpación. Impresión de problema inflamatorio, pero ante la inflamación, se solicita RNM cervical y nuevo ENG*”, siendo citada para revisión en un mes.

Ante la persistencia de los síntomas de la mano derecha, que ya habían afectado a la mano y brazo izquierdo, se volvió a reevaluar el caso, solicitando el RNM cráneo-cervical, en el que se aprecia, que tras más de un año de largas esperanzas, “*a nivel de caquis cervical, se observa una rectificación de la lordosis fisiológica, pero sobre todo destaca la presencia de múltiples discopatías entre las que sobresale la presencia de una hernia discal de localización central posterior a nivel de espacio C5-C6 que ejerce importante efecto compresivo sobre la médula espinal, la cual a este nivel presenta un cambio de señal focal que suponemos corresponde a un foco isquémico malácico por compresión, al mismo tiempo que también vemos otra pequeña hernia discal de menos volumen a nivel de C6-C7 y protusiones discales de tamaño importante en C3-C4 y C4-C5, por lo que todas estas discopatías, unidas a una reacción osteofitaria marginal posterior dependiente de la plataforma ósea inferior de C5, dan lugar a un canal espinal estrecho en el segmento C3-C7, con una médula comprimida y atrapada que presenta el ya comentado cambio de señal que indica una afectación isquémica o malácica de esta médula.*” La evolución es de empeoramiento progresivo de los síntomas, con dolor mal controlado y el juicio clínico: “*Mielopatía cervical, secundaria a compresión por hernia cervical C6-C7*”.

A la vista de la urgencia de la operación, la desvían al Hospital Universitario *Marqués de Valdecilla*, que confirma la mielopatía cervical C5-C6-C7, sin tratamiento habitual, informándole, asimismo, del riesgo que corre, ante cualquier movimiento brusco, de quedarse en una silla de ruedas.

Ingresa en el Hospital de Valdecilla el día 10 de septiembre de 2007, siendo intervenida quirúrgicamente el día 12 de septiembre, efectuándose una discectomía con artrodesis C5-G6, mediante caja de Varlock (15x5); el postoperatorio es satisfactorio desapareciendo la sintomatología dolorosa y persistiendo la pérdida de fuerza en mano derecha. Los días 18 y 19 de septiembre de 2007, le quitan los puntos y es dada de alta hospitalaria continuando con las revisiones periódicas.

A pesar del tiempo transcurrido no ha recuperado la fuerza en los brazos ni menos aún en las manos, no pudiendo desarrollar trabajo alguno y perdiendo oportunidades de empleo. La mano derecha sigue inflamada, dolorosa y sin fuerza, teniendo gran dificultad en su manejo, y la mano izquierda acusa también dolor en los dedos a la palpación e inflamación, debido al callo que las hernias han ido haciendo y presionando los nervios, después de tanto tiempo sin descubrir y sin

tratamiento que hubiera paliado los efectos de las hernias discales, que tanto se ha tardado en descubrir.

Termina solicitando una indemnización de 360.607,26 euros, valoración a tanto alzado, teniendo en cuenta el tiempo que ha permanecido inactiva, las secuelas y el desgaste experimentado ante un diagnóstico tardío por inactividad e impericia del Médico que la atendió, así como su condición de viuda con una hija a su cargo. Y propone, entre otros medios de prueba, el expediente del Hospital Universitario *Marqués de Valdecilla*, con HC XXXXX.

Segundo

Mediante Resolución de 25 de febrero de 2008, se tiene por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial, con efectos del día 21 anterior, en que tuvo entrada en la Consejería el escrito de reclamación, y se nombra Instructora a D^a C. Z.M.

Por carta del día 26, se comunica a la interesada la iniciación del expediente, informándole de los extremos exigidos por el artículo 42-4º de la Ley 30/1992.

Tercero

Mediante escrito del mismo día 26, la Instructora se dirige a la Dirección Gerencia del Área de Salud de La Rioja solicitando cuantos antecedentes existan y aquellos datos e informes que estime de interés relacionados con la atención sanitaria prestada en ese Centro a D^a M. D. C. G. F.; copia de la historia clínica relativa a la asistencia que se reclama exclusivamente; en particular, informe emitido por los Facultativos intervinientes en la asistencia que se reclama y parte de reclamación adjunto cumplimentado, uno por cada profesional implicado en los hechos reclamados.

En la misma fecha, se dirige al Hospital *Marqués de Valdecilla* solicitando la remisión de la historia clínica nº 864196 relacionada con la intervención quirúrgica practicada a la reclamante.

Y, también con fecha 26 de febrero, remite copia de la reclamación formulada a la Correduría de Seguros A., G. y C., que acusa recibo el siguiente 14 de marzo.

Cuarto

El Servicio Cántabro de Salud atiende la petición el 18 de marzo, adjuntando copia de los informes clínicos contenidos en la historia clínica de D^a M. del C. G. F.

Quinto

Por escrito de 16 de mayo, la Instructora se dirige a la Dirección Gerencia del Area de Salud reiterando el anterior de 26 de febrero.

El 20 de mayo, la Gerencia del Área Única remite la historia clínica y el informe de la Dra. L. P. Y, el 25 de julio, remite la historia clínica de Atención Primaria e informes de los Dres. S. S. y R.

Sexto

El 5 de agosto de 2008, el Jefe de Servicio de Asesoramiento y Normativa da traslado de copia del expediente a la Dirección General de Aseguramiento, Acreditación y Prestaciones, a fin de que, por el Médico Inspector que corresponda, se elabore el pertinente informe sobre todos los aspectos esenciales de la reclamación con el fin de facilitar la elaboración de la Propuesta de resolución sobre la reclamación planteada.

Séptimo

El 11 de noviembre de 2008, se remite el informe de Inspección, fechado el 31 de octubre anterior, que, en base a los hechos reflejados y a la bibliografía consultada, establece las siguientes conclusiones:

“1.- D^a M^a del C. F. G. acude por primera vez a su Médico de Cabecera el día 14 de junio de 2006. En el plazo de una semana, es valorada por la Especialista en Neurología y, en el plazo de un mes, se ha realizado la prueba diagnóstica que confirma el diagnóstico de síndrome de túnel carpiano leve, para el que se instaura el tratamiento adecuado, siendo dada de alta bajo el control de su Médico de Cabecera.

De acuerdo con la información recabada en las distintas Sociedades Médicas, tanto de Atención Primaria como de, Atención Especializada (Neurología, Neurocirugía, Cirugía Ortopédica y Traumatología y Medicina familiar y Comunitaria), la sintomatología exhibida por la paciente es compatible con un Síndrome de Túnel Carpiano. La prueba solicitada, electroneurograma/electromograma) tiene una especificidad muy elevada (95-100%), por lo que, aunque los falsos negativos pueden ser más frecuentes, los falsos positivos son inferiores al 5%. A la luz de los síntomas (en ese momento dolor, y parestesias localizados en 4-5º dedos únicamente de la mano derecha) y de los hallazgos de la exploración física y de las pruebas complementarias no se puede catalogar como erróneo el diagnóstico, inadecuado el tratamiento y negligente la actuación de la Dra. L. P. durante este episodio.

2.- D^a M. del C. F. G. acude de nuevo a su Médico de Cabecera el día 3 de octubre de 2006. No hay constancia en la documentación aportada en el Informe de que, en el intervalo transcurrido entre julio de 2006 y octubre de 2006, la paciente asistiera, mes a mes, a las consultas como se afirma en el escrito que sirve de base a la reclamación.

La paciente refiere que persisten las molestias. Ni en este momento, ni en ninguna otra instancia durante el tiempo que transcurre hasta que la paciente es derivada al Servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla y siempre según la documentación aportada, la paciente refiere síntomas en la mano y brazo izquierdos, de nuevo en discrepancia con lo afirmado en el escrito que sirve de base a la reclamación.

3.- La paciente es valorada de nuevo, en febrero de 2007, en el Servicio de Neurología por la Dra. L. P.. Es cierto que el periodo de tiempo que transcurre entre la derivación desde Atención Primaria y la consulta en Neurología es sensiblemente más largo que en el primer proceso; sin embargo, sobre este punto se pueden hacer las siguientes consideraciones:

No parece haber nada en la presentación y evolución del cuadro que pudiera haber justificado un diagnóstico diferente del ya establecido, un Síndrome de Túnel Carpiano Leve, por lo que no parece justificable una derivación preferente o urgente.

Tampoco hay constancia documental en el expediente de que, durante el periodo de espera para la consulta de Neurología, la paciente experimentara un empeoramiento del cuadro; de hecho, el Dr. S. S. manifiesta en su informe que D^a M. del C. F. G. acudió a su Consulta durante los meses de enero y febrero de 2007 “por problemas ginecológicos sin relación con su problema cervical, por lo que, de nuevo, no parece que se dieran circunstancias que hicieran necesario una adelantar la cita ya establecida.

4.- Cuando la paciente es valorada en el mes de febrero de 2007, el cuadro sigue localizado en la mano derecha, aunque aparece “inflamación”, por lo que se solicitan nuevas pruebas y se instaura tratamiento antiinflamatorio más agresivo.

5.- Es en la consulta del mes de mayo de 2007 cuando la exploración muestra, por primera vez, clonus e hiperreflexia. Estos síntomas, como se aprecia en el algoritmo diagnóstico de la Sociedad Española de Neurología que se adjunta, puede ser indicativo de lesión medular, por lo que se solicita una RMN, que se realiza en las 48 horas siguientes.

6.- Tras conocerse los resultados de la resonancia magnética, la paciente es derivada al Servicio de Cirugía Ortopédica y es incluida en la lista de espera quirúrgica en las dos semanas siguientes, si bien, la paciente solicita ser derivada al Servicio de Neurocirugía del Hospital Marqués de Valdecilla en Santander.

Por lo expuesto, se puede determinar que la paciente D^a M. del C. F. G. recibió en cada momento la atención que su cuadro clínico merecía en el momento de ser atendida, tanto por su Médico de Atención Primaria como por la Especialista en Neurología.

No es posible el valorar las posibles secuelas de la paciente ni su relación con los hechos sobre los que se informa porque D^a M. del C. F. G. no ha aportado informes Médicos que describan dichas secuelas para que pueda ser estudiada su naturaleza, severidad y su relación o ausencia de la misma

con la atención recibida en el Servicio Riojano de Salud. De la misma manera, no es posible ponderar en qué medida pudo haber influido sobre el cuadro clínico y sobre la situación actual de la paciente el hecho de que ésta solicitara ser intervenida en Santander después de que ya estaba incluida en la lista de espera quirúrgica para ser intervenida por el Dr. R.

En consecuencia, no se puede determinar que haya existido una mala praxis médica, estimando que se ha dado a la paciente la prestación médica adecuada con los medios disponibles del Servicio Riojano de Salud y de acuerdo a la lex artis.”

Previamente a la emisión del informe, el Médico Inspector, mediante carta de 6 de octubre, se había dirigido a la reclamante solicitando informe de las revisiones realizadas en la Unidad de Neurocirugía del Hospital Universitario *Marqués de Valdecilla* y el último informe médico en el que se indique cuál es su situación funcional actual y el alcance de las secuelas si las hubiere. Y, de no disponer de informes al respecto, se le ofrecía consulta con un Médico Especialista que le realizara dicho informe.

Esta carta remitida por correo certificado con acuse de recibo no obtuvo respuesta alguna.

Octavo

Figuran seguidamente en el expediente documentos relacionados con la interposición de recurso contencioso administrativo, suponemos que contra la denegación por silencio administrativo de la reclamación planteada, en concreto el requerimiento de la Sala para la remisión del expediente administrativo, el escrito del Director General de los Servicios Jurídicos al Secretario General Técnico de la Consejería de Salud solicitando dos copias del expediente, la notificación a cuantos aparezcan como interesados y la cédula de emplazamiento dirigida por la Secretaría General Técnica a la Aseguradora Zurich.

Noveno

Con fecha 21 de diciembre, se emite informe, a instancia de la Compañía A. Z., por D. I & I S.L., que establece las siguientes conclusiones:

“1. D^a M. del C. G. F. presentó un cuadro compatible con un STC de carácter leve como consecuencia de su actividad profesional, que fue tratado de forma conservadora.

2. Meses después, en mayo del 2007, presentó cuadro con afectación de las cuatro extremidades que no había aparecido hasta este momento, realizándose RM y diagnosticando malacia medular C5-C6 secundaria a hernia de disco C5-C8 de columna artrósica.

3. La columna artrósica y con hernias múltiples es un proceso evolutivo de años, que no aparece

bruscamente y que tiene una fase amplia, asintomática en su evolución. En el momento de manifestar los signos de una malacia medular la aparición del cuadro es casi inmediata.

4. Fue diagnosticada de forma adecuada y en el momento en que la sintomatología clínica lo hizo posible, facilitando la intervención quirúrgica descompresiva.

5. No existe relación entre el cuadro clínico de inicio de la paciente STC y la mielopatía de C5-C6. Los dos nervios implicados en el inicio del proceso arrancan de las raíces C7, C8, T1 y no está incluido en ellos la raíz C6:

6. El tratamiento de la paciente se ha seguido según lex artis.”

Décimo

Con fecha 25 de febrero de 2009, la Instructora, en trámite de audiencia da vista del expediente a la interesada por término de quince días hábiles, a fin de que pueda formular alegaciones y presentar en los documentos que estime pertinentes.

El 31 de marzo, comparece la interesada facilitándosele copia de todos los documentos obrantes en el procedimiento instruido en relación con su reclamación.

Décimo primero

Con fecha 27 de abril de 2009, la Instructora del expediente emite Propuesta de resolución del siguiente tenor: *“Que se desestime la reclamación que por responsabilidad patrimonial de esta Administración formula D^a M. del C. G. F., porque el daño alegado, cuya reparación solicita, no puede ser imputado al funcionamiento de los Servicio Públicos Sanitarios, al no haber quedado acreditada la relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada y el resultado dañoso alegado y al haber sido ésta totalmente adecuada a la lex artis”.*

Décimo segundo

El Secretario General Técnico, el día 28 de abril, remite a la Letrada de la Dirección General de los Servicios Jurídicos en la Consejería de Salud, para su preceptivo informe, el expediente íntegro, informe que es emitido favorablemente el siguiente día 4 de mayo.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito fechado el día 4 de mayo de 2009, registrado de entrada en este Consejo el día 13 de mayo de 2009 de 2009 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 13 de mayo de 2009, registrado de salida el día 15 de mayo de 2009, 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 euros. La cuantía ha sido elevada a 6.000 euros por Ley 5/2008, que ha dado nueva redacción al citado precepto, pero no resulta aplicable al supuesto dictaminado por tener que atender, según la doctrina mantenida por este Consejo a raíz de la modificación operada por la citada Ley 4/2005, de 1 de junio, a la norma vigente al tiempo de concluir el trámite de audiencia.

En todo caso, al ser la cuantía de la reclamación superior a 6.000 euros, 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.

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

Lo anterior es también predicable, en principio, para la responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria, si bien, como ya dijimos, entre otros, en nuestro Dictamen

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

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

Tercero

Sobre la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria en el presente supuesto

Anticipamos que, en opinión de este Consejo, faltan o, al menos, no han sido acreditados dos de los requisitos fundamentales para que surja la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, que son el del daño y, en segundo lugar, admitida hipotéticamente la existencia de un daño, el de la relación de causalidad entre el servicio público sanitario y aquél.

Y ambos elementos han de ser acreditados por la reclamante, es sobre ésta sobre quien recae la carga de probar la realidad del daño y la existencia de un nexo causal entre la asistencia sanitaria prestada y el daño cuyo resarcimiento se pretende.

Por mucho que intentemos minorar el rigor de las disposiciones que rigen la carga de la prueba, matizándolas con teorías como la de la facilidad probatoria u otras similares, siempre tendrá el reclamante que aportar un principio de prueba de la existencia del daño y de que éste es consecuencia del funcionamiento del servicio público.

Nos encontramos de nuevo, en el presente caso, ante una condenable ausencia total de actividad probatoria por parte de la reclamante. Ni siquiera utiliza el trámite de audiencia, pese a obtener copia de todo el expediente y conocer, por tanto, el contenido del Informe de Inspección y del dictamen pericial aportado por la Aseguradora, para

intentar alguna argumentación en contra de las conclusiones de aquéllos. Es más, requerida por el Médico Inspector para aportar el último informe Médico en el que se indique cuál es su situación funcional actual y el alcance de las secuelas si las hubiere, ofreciéndole, de no disponer de informes al respecto, consulta con un Médico Especialista que se lo realice, no responde en forma alguna (Antecedente Séptimo del Asunto).

Por lo que se refiere al daño, se limita la reclamante a una serie de manifestaciones sobre la no recuperación de fuerza en los brazos y manos, su imposibilidad de desarrollar trabajo alguno, pérdida de oportunidades de empleo, hinchazón de mano derecha, dolorosa y sin fuerza, dolor en dedos e inflamación de mano izquierda, limitaciones todas ellas que carecen de acreditación alguna, pues no existe en todo el expediente parte o informe Médico alguno que describa tales dolencias como secuelas de los procesos patológicos tratados.

Ahora bien, aun admitiendo la existencia de un daño real y efectivo, tampoco ha quedado acreditado que el mismo sea consecuencia de la asistencia prestada por los Servicios Públicos de Salud. Del escrito iniciador de la reclamación, se infiere que la interesada atribuye las graves consecuencias a un diagnóstico tardío de la “*mielopatía cervical, secundaria a compresión por hernia cervical C6-C7*”.

Sin embargo, del conjunto de actuaciones que obran en el expediente, resulta que la reclamante padeció una doble patología: la primera, que se inicia en junio de 2006, siendo diagnosticada de “Síndrome de Tunel Carpiano leve”; la segunda, que se localiza temporalmente en mayo de 2007, cuando aparecen por primera vez los síntomas de “clonus e hiperreflexia”, que puede ser indicativo de lesión medular, presentando un cuadro con afectación de las cuatro extremidades que no había aparecido hasta ese momento. A raíz de la aparición de tales síntomas, se solicita una RNM, que se realiza en las 48 horas siguientes.

Según todos los informes Médicos que figuran en las historias clínicas de la interesada, así como en los emitidos por la Inspección Médica y por D., ambas patologías están diferenciadas y fueron diagnosticadas acertadamente y a tiempo, precribiéndose en cada caso un tratamiento acorde a la “*lex artis ad hoc*”. La paciente recibió en cada momento la atención que su cuadro clínico exigía, dándosele la prestación médica adecuada con los medios disponibles del Servicio Riojano de Salud y de acuerdo a la *lex artis*.

Ante la falta de actividad probatoria que contradiga los informes Médicos citados, no existe, ni siquiera indiciariamente, elemento probatorio alguno que acredite retraso en el diagnóstico que permitiera imputar a la Administración sanitaria la responsabilidad por los daños alegados.

Frente al juicio técnico contenido en los referidos informes, y a pesar de que pudieran cuestionarse por tratarse de informes de parte, no pueden gozar de eficacia enervante las manifestaciones de la reclamante que, siendo también de parte, están realizadas por quién caree de la cualificación científica necesaria para enjuiciar cualquier proceso Médico.

Quizás las probanzas que echamos en falta en el procedimiento de responsabilidad patrimonial, se aporten o practiquen en el proceso contencioso administrativo planteado.

Cuarto

Breves consideraciones formales

Este Consejo lamenta tener que denunciar los retrasos en que se incurre en la tramitación de los expedientes de responsabilidad patrimonial cuando, por lo demás, su instrucción merece toda nuestra aprobación. Sin embargo, no es admisible que, solicitados antecedentes por la Instructora a la Gerencia del Area de Salud con fecha 26 de febrero de 2008, la solicitud tenga que ser reiterada el 16 de mayo siguiente, casi tres meses después.

CONCLUSIONES

Única

Procede desestimar la reclamación formulada, por no haberse acreditado daño alguno y, subsidiariamente, por no concurrir criterio positivo alguno de imputación de responsabilidad a los Servicios Públicos Sanitarios, al ajustarse su actuación, rigurosa y estrictamente, a la *lex artis ad hoc*.

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

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO

Joaquín Espert y Pérez-Caballero