

En Logroño, a 2 de octubre de 2009, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. Joaquín Espert Pérez-Caballero, y de los Consejeros D. Antonio Fanlo Loras, D. Pedro de Pablo Contreras, D^a M^a del Carmen Ortiz Lallana y D. José María Cid Monreal, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, siendo ponente D. Joaquín Espert y Pérez-Caballero, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

75/09

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 Y. A. G., en representación de D^a A. S. U. y seis más, por los daños y perjuicios, a su juicio, irrogados por el fallecimiento de D. Á. B. S., a consecuencia de la asistencia prestada por el Servicio Riojano de Salud.

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del Asunto

Primero

Mediante escrito de fecha 22 de julio de 2008, registrado de entrada en la Oficina Auxiliar de Registro del Gobierno de La Rioja el día inmediato siguiente, la Abogado D^a Y. A. G., actuando en representación, que no acredita, de D^a A. S. U. y de sus hijos, D^a C., D. Á.M., D^a S., D. J., D. J.-J. y D. J. M. B. S., plantea reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida contra el Servicio Riojano de Salud y su Compañía aseguradora, Z., S. y R., S.A., *“como responsables del fallecimiento de D. Á. B. S. (esposo y padre de sus representados), quebrantando los criterios de atención, diligencia, pericia y cautela asistencial”*.

En síntesis, expone que D. Á. B. S., enfermo de diabetes, de 64 años, fue atendido en el Servicio de Endocrinología el 7 de julio de 2007, añadiendo a la medicación que venía tomando “metformina” y “pregabalina”; que desde que comenzó a tomar esa medicación,

comenzó a sentirse muy cansado; que el siguiente día 23 de julio, a las 2:58 horas, avisaron sus familiares al 112, tardando 26 minutos en llegar la ambulancia adecuada; y que falleció por parada cardiorrespiratoria-cardiopatía isquémica.

Cuantifica la reclamación en 60.000 euros y la fundamenta en que el tratamiento con metformina estaba contraindicado, en el retraso en la llegada de la ambulancia y, además, en que no consta el consentimiento informado para la administración de la metformina.

Acompaña a su escrito un folleto de la Comisión de Farmacia y Terapéutica del Hospital Alarcos (Ciudad Real), titulado *“Alerta sobre seguridad de metformina: riesgo grave de acidosis lactica”*

Segundo

El 24 de julio de 2008, el Servicio de Asesoramiento y Normativa se dirige a la Letrado Sra. A. G., requiriéndole a que, en el plazo de diez días, proceda a acreditar la representación de los interesados, así como el parentesco de éstos con D. Á. B. S.

La representación es otorgada mediante comparecencia personal de todos los interesados y de la Letrado en el expresado Servicio, el día 30 de julio de 2008, aportando copia del Libro de Familia.

Tercero

Mediante Resolución del Secretario General Técnico de la Consejería, de 1 de agosto de 2008, se tiene por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial, con efectos del día 23 de julio, fecha en que tuvo entrada la reclamación, y se nombra Instructora del procedimiento a D^a C. Z. M.

Por carta de fecha también 1 de agosto, se comunica a la Letrado la iniciación del expediente, informándole de los extremos exigidos por el artículo 42-4º de la Ley 30/1992. Y, el mismo día, se remite a la C. de S. A. G. y C. copia de la reclamación presentada.

La Correduría de Seguros acusa recibo el siguiente 8 de agosto, comunicando haber dado traslado a la A. Z. E., C. de S., S.A.

Cuarto

Mediante comunicación interna del mismo día 1 de agosto, la Instructora se dirige a la Dirección Gerencia del Área de Salud de La Rioja-Hospital *San Pedro*, solicitando cuantos antecedentes existan y aquéllos datos e informes que estime de interés relacionados con la asistencia sanitaria prestada a D. Á.B. S.; copia de la historia clínica relativa a la asistencia reclamada exclusivamente; en particular, informe emitido por los Facultativos intervinientes en la asistencia que se reclama; y el parte de reclamación cumplimentado por cada Facultativo implicado en los hechos.

Quinto

El 4 de agosto, el Jefe de Servicio de Asesoramiento y Normativa da traslado a la empresa A. A., S.L. de la reclamación planteada, al poder resultar afectada en sus derechos o intereses legítimos por la resolución que pudiera recaer y, al mismo tiempo, le requiere informe relativo al servicio prestado a D. Á. B. S. el 23 de julio de 2007.

El requerimiento es cumplimentado el siguiente día 8, informando y justificando todos los detalles del servicio prestado.

Sexto

Con fecha 19 de septiembre, el Jefe de Servicio de Asesoramiento y Normativa reitera de la Gerencia del Area de Salud la solicitud del anterior 1 de agosto.

El 15 de octubre, la Gerencia remite la historia clínica y los informes aportados por los Dres. V. G. (Endocrinología), S. G. (Coordinador de Urgencias) y la Dra. S.-B. G. (Médico de Urgencias).

Séptimo

Con fecha 20 de octubre de 2008, la Instructora remite el expediente a la Dirección General de Aseguramiento, Acreditación y Prestaciones, a fin de que, por el Médico Inspector que corresponda, elabore el 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.

Octavo

Previamente a la emisión del Informe, la Médico Inspector, con fechas 13 y 16 de febrero, se dirige al Dr. S. G., del Servicio de Urgencias, y a la Dirección de Asistencia Primaria y 061, solicitando informes ampliatorios y aspectos concretos de las respectivas asistencias prestadas, así como al Centro de Salud de Alberite requiriendo la remisión de la historia clínica de Atención Primaria de D. Á. B. S.

Noveno

El informe de Inspección, de fecha 25 de marzo de 2009, establece las siguientes conclusiones:

1. Considerando el estado actual del conocimiento científico en materia de diabetes mellitus, el diagnóstico de posible neuropatía sensitiva, que realizó el Dr. V. G. a D. Á. B. S. en la Consulta de Endocrinología el día 13 de julio de 2007, en base a la clínica que el paciente refería, parestesias intensas en ambas extremidades inferiores e hipoestesia, fue ajustado a la "lex artis ad hoc" Ello habida cuenta de que:

-La neuropatía diabética es más frecuente en pacientes con diabetes de larga evolución y mal control de la glucemia, condiciones que, según la historia clínica, se daban en el paciente.

-La sintomatología que el paciente refería, intensas parestesias en extremidades inferiores, es concordante con la clínica de la polineuropatía distal simétrica (parestesias y disestesias, referidas a ambas extremidades inferiores)

2. En base a dicho diagnóstico, la indicación del tratamiento con pregabalina, dirigido al control de los síntomas sensitivos del paciente, fue igualmente correcta, en cuanto a oportunidad y posología, como así se recoge en la Ficha Técnica de pregabalina y en la literatura médica actual relativa al tratamiento de la neuropatía diabética.

3. Teniendo en cuenta la presencia de hemoglobina glicosilada elevada y los perfiles de glucemias capilares del paciente, la indicación de metformina, que se añadió al tratamiento que llevaba, con objeto de mejorar el control glucémico, fue una decisión adecuada y reconocida en las guías clínicas actuales relativas al tratamiento de la diabetes.

4. En relación a la presunción, recogida en la reclamación de la familia de D. Á. B. S., de que el fallecimiento del mismo estuviera relacionado con el padecimiento de una acidosis láctica derivada del tratamiento con metformina, de acuerdo con la Ficha Técnica del citado fármaco cabe señalar que:

-La acidosis láctica es una complicación metabólica rara, que puede ocurrir por acumulación de metformina. Los casos registrados se producen principalmente en pacientes diabéticos con insuficiencia renal significativa, condición que, de acuerdo con la historia clínica, no se daba en D. Á. B. S. (analítica de julio -07 creatinina 1,02 mg/ml).

-La acidosis láctica cursa con taquipnea, deshidratación, dolor abdominal y grado variable de coma. Esta sintomatología no es coincidente, ni con la manifestada en la reclamación el paciente

comenzó a sentirse muy cansado desde el día 13 de julio), ni con la manifestada por el familiar del paciente en la llamada al Servicio de Emergencias 061 a las 2:58am, “está en la cama, no se si le está dando un ataque o le cuesta respirar”, así mismo en la conversación mantenida con el Médico regulador a las 2:59 am, el mismo familiar indica que: “respira cada mucho”. En el informe emitido por el Dr. V. G. el 4 de septiembre de 2008 a petición de la Dirección Gerencia del Servicio Riojano de Salud, se indica que la esposa del paciente le comunicó 10 días después del fallecimiento D. Á. B., que dicho fallecimiento se produjo de modo repentino, precedido de dolor en la región anterior del cuello o en la garganta. A este respecto, cabe señalar que la existencia de dicha sintomatología no se ha podido constatar en los informes de los Médicos intervinientes en el proceso asistencial: Médico regulador, Médico de la UME, ni en la grabación de las conversaciones telefónicas generadas en el Centro de Coordinación del 061 con motivo de la asistencia prestada el 23-7-07 a D. Á. B. S..

5. Por lo que respecta a presuntos efectos adversos de la pregabalina relacionados con el fallecimiento de D. Á. B. S.

-El Dr. V., al conocer el fallecimiento del paciente a través de la familia, puso en conocimiento del Centro de Farmacovigilancia, el evento, mediante notificación del 30/8/07. De acuerdo con la respuesta del Centro de Farmacovigilancia, en el caso de pregabalina no se encontraron referencias sobre la reacción adversa notificada en las bases de datos Micromedex y Reactions Database. Por lo que respecta a metformina, en dicho escrito de respuesta se indica que, en la bibliografía y bases de datos consultadas, no se encontró ninguna referencia a muerte súbita o infarto ocasionados por dicho fármaco.

6. En la historia clínica de Atención Primaria de D. Á. B. S., no existe constancia de que acudiera a la Consulta de su Médico de cabecera, Dr. P., a partir del 13 de julio de 2007, demandando asistencia sanitaria por presentar presuntos efectos adversos de la medicación indicada en la Consulta de Endocrinología el 13 de julio de 2007; la última visita realizada fue el 6 de julio de 2007, fecha en la que acudió para recoger un Parte de confirmación de baja laboral.

7. En referencia a] presunto incumplimiento por parte del Dr. V. G. del deber de informar al paciente y obtener su consentimiento en los términos señalados por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, cabe señalar que la actuación del Dr. V. G. en el proceso asistencial de D. Á. B. S., que es objeto de la reclamación patrimonial que nos ocupa, se ajusta estrictamente a lo establecido en dicha Ley 41/2002, atendiendo a:

-El artículo 2.4 establece que “Todo paciente tiene derecho a negarse al tratamiento. Su negativa al tratamiento constará por escrito”. De acuerdo con la información disponible, no consta una negativa expresa de D. Á. B. S. a seguir el tratamiento indicado por el Dr. V. G. el día 13/7/07.

-El artículo 4.1 establece que: “Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma. La información, como regla general, se proporcionará verbalmente”.

-De acuerdo con el artículo 8.2.: “El consentimiento será verbal, por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica,

procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente”. En el caso de la asistencia prestada a D. Á. B. S. por el Dr. V. G., no se dieron ninguno de los tres supuestos indicados que hicieran necesaria la prestación de consentimiento por escrito.

8. *En relación a la prestación de asistencia sanitaria urgente demandada por la familia de D. Á. B. S. el día 23 de julio de 2007, considerados la grabación correspondiente a todas las conversaciones telefónicas generadas en el Centro de Coordinación del 061 con motivo de la asistencia prestada el 23-7-07 a D. Á. B. S., así como los informe emitidos al respecto por el Médico regulador en el Centro Coordinador de Urgencias Médicas en esa fecha, la Médico de Emergencias que prestaba servicio en la Unidad Medicalizada de Emergencias (UME) que acudió al domicilio del paciente y del Director Técnico de A. a. S.L, cabe señalar que:*

-De acuerdo con el contenido de la grabación de la llamada efectuada desde el domicilio del paciente al teleoperador a las 2:58 y la conversación mantenida por el familiar con el Médico regulador a las 2:59, así como la afirmación de dicho Médico regulador en el informe realizado por solicitud de la Médico Inspector, “la información que le transmitió el familiar el día 23/7/07 a las 2:59 fue de potencial gravedad, indicando que no sabía si respiraba y que no respondía a estímulos”, cabe plantearse la idoneidad de solicitar asistencia por parte del Médico de Urgencia destacado en el Centro de Salud de Alberite frente a haber solicitado otro recurso asistencial que pudiera dar cobertura adecuada al paciente, dada la “potencial gravedad del evento”, que el propio Médico regulador reconoce haber percibido.

-Se aprecia deficiencia en cuanto a cantidad y calidad de información recabada acerca del paciente en las comunicaciones habidas con la familia a las 2:58 y 2:59. No se recogen datos básicos acerca de patología previa y cronología de la evolución del paciente, por otra parte, al pasar el aviso el TOP al Centro de Salud de Alberite, no transmite en ningún momento sensación de gravedad del enfermo, e incluso se proporciona información errónea, ya que se indica que se trata de una mujer.

-Queda probado que se trataba de una situación grave y urgente y que la asistencia demandada se demoró 21 minutos, dado que la primera llamada de la familia se realizó a las 2:58 y el Médico del Centro de Salud de Alberite llegó al domicilio a las 3:19 y en la práctica no resultó ser el recurso asistencial adecuado a la gravedad del evento (paciente en parada cardiorrespiratoria). La UME fue activada a las 3:16 y llegó al domicilio a las 3:24, no hay nada que objetar en cuanto al tiempo requerido por dicho recurso para llegar al domicilio desde que fue solicitada su actuación; sí cabría plantearse si dicha solicitud debería haberse realizado con antelación.

Décimo

Obra a continuación en el expediente el dictamen Médico emitido a instancia de la Aseguradora, de fecha 20 de abril de 2009, con las siguientes conclusiones:

1º El paciente sufrió una muerte súbita, probablemente secundaria a un infarto de miocardio del diabético, que es una enfermedad muy frecuente en estos pacientes.

2° La muerte fue instantánea, impredecible e inevitable y solo hubiese tenido una pequeña posibilidad de resucitación de haberse encontrado en un Centro Sanitario con personal entrenado y material adecuado cerca (desfibrilador).

3° A pesar de estas condiciones, el porcentaje de pacientes que sobreviven a un episodio de muerte súbita, es mínimo.

4° Por tanto, las posibilidades de supervivencia de este paciente eran mínimas, si existía alguna.

5° Ni la metformina ni la pregabalina jugaron ningún papel en la muerte súbita del paciente y no existen antecedentes en la literatura mundial de ningún caso similar.

6° La administración de estos medicamentos fue correcta y no precisa la firma de ningún consentimiento escrito, sino la aceptación verbal del paciente.

7° La asignación de recursos sanitarios móviles a las llamadas de auxilio es muy difícil y precisa unos minutos de interrogatorio, como ocurrió en este caso, para estar seguro de que existía una parada.

8° No se puede mandar una Unidad Médica de Emergencias a todo el mundo que la pida sin estar seguros de que va a ser útil, ya que los recursos son limitados y se puede privar a otro enfermo de él que le pudiera ser de más utilidad.

9° La actuación médica fue correcta y se atuvo a la *lex artis ad hoc*.

Décimo primero

Mediante escrito de 29 de abril, la Instructora se dirige a la Letrado de la reclamante dándole trámite de audiencia y, el siguiente día 14 de mayo, comparece en el Servicio de Asesoramiento y Normativa la Letrado, a la que se le facilita copia de todos los documentos obrantes en el procedimiento, sin que formule posteriormente escrito de alegaciones ni aporte prueba o documentación complementaria alguna.

El mismo trámite se confiere a A. A., S.L. el día 26 de junio, sin que por esta mercantil se formule alegación alguna.

Décimo segundo

Con fecha 20 de julio de 2009, la Instructora del expediente emite Propuesta de resolución en la que propone “*que se desestime la reclamación presentada por D^a A. S. U., D^a C. B. S., D. Á. M. B. S., D^a S. B. S., D. J. B. S., D. J. J. B. S. y D. J.M. B. S., por no ser imputable el daño alegado, cuya reparación solicitan, al funcionamiento de los Servicios Públicos Sanitarios*”.

Décimo tercero

El Secretario General Técnico, el día 28 de julio, remite a la Letrada de la Dirección General de los Servicios Jurídicos en la Consejería de Salud, para su preceptivo informe, el expediente íntegro. El informe es emitido en sentido favorable el día 31 de julio de 2009.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito fechado el 4 de agosto de 2009, registrado de entrada en este Consejo el 2 de septiembre 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 2 de septiembre de 2009, registrado de salida el día 2 de septiembre 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, limitaba 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.

Al ser la cuantía de la reclamación superior a dicha cifra, 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 en el presente supuesto

Aplicando los criterios expuestos en el fundamento anterior, y a la vista del expediente íntegro, no podemos sino confirmar íntegramente la Propuesta de resolución, informada favorablemente por la Letrada de los Servicios Jurídicos.

Rechacemos, en primer lugar, que la responsabilidad de la Administración pueda derivar del incumplimiento de su deber de información al paciente, al no exigirse consentimiento informado escrito por no concurrir ninguno de los supuestos previstos en el art. 8.2 de la Ley 41/02: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que supongan riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente. Y no hay prueba alguna de que el Facultativo que prescribió el tratamiento incumpliera su obligación de informar, verbal y suficientemente, al enfermo sobre su estado de salud y la propuesta terapéutica que planteaba, máxime cuando los dos fármacos que se le prescribieron el 13 de julio de 2007 eran de uso rutinario y con bajo perfil de toxicidad.

En este punto, al igual que en las otras dos circunstancias eventualmente determinantes de responsabilidad de la Administración que alegan los reclamantes, la prescripción de la metformina o el retraso en la prestación de la asistencia domiciliaria el día 23 de julio cuando se produjo el fallecimiento del paciente, no existe prueba alguna de que una u otra fuera causa del luctuoso desenlace.

Nos encontramos de nuevo, en el presente caso, ante una condenable ausencia total de actividad probatoria por parte de los reclamantes. Es más, pese a obtener la Letrado copia de todo el expediente y conocer, por tanto, el contenido del Informe de Inspección y del dictamen pericial aportado por la Aseguradora, no utiliza el trámite de audiencia, aunque fuera para intentar alguna argumentación contraria a las conclusiones de aquéllos.

Dejemos constancia de la profesionalidad de la Médico Inspector autora de aquel informe quien, previamente a su emisión, solicita informes ampliatorios y aspectos concretos de las respectivas asistencias prestadas al Servicio de Urgencias y a la Dirección de Asistencia Primera y 061, así como al Centro de Salud de Alberite, requiriendo de éste la remisión de la historia clínica de Atención Primaria del fallecido.

Además de este informe y el pericial a instancia de la Aseguradora, obran los de los Dres. V. G., S. G. y S.-B. G., así como los emitidos por el Director Técnico de la empresa de ambulancias y el Director de Asiatencia Primaria y 061. Y todos ellos coinciden en calificar de totalmente ajustada a la “lex artis ad hoc” la asistencia prestada al fallecido, negando la relación de causalidad entre la medicación prescrita y el fallecimiento o que éste pudiera haberse evitado con una respuesta más rápida de los Servicios de Atención Domiciliaria.

Frente al juicio técnico contenido en los referidos informes, y a pesar de que pudieran cuestionarse por la posibilidad de ser considerados como informes de parte, no pueden gozar de eficacia enervante las manifestaciones de la Letrado de los reclamantes que, siendo también de parte, están realizadas por quien carece de la cualificación científica necesaria para enjuiciar cualquier proceso Médico. Manifestaciones, además, que no pasan de ser apreciaciones subjetivas carentes de todo rigor científico, cuando no inexactitudes, como pone de relieve el informe del Dr. V. G., Especialista en Area de Endocrinología (folios 38 a 41).

En definitiva, a la vista del expediente, hemos de concluir que el paciente fue correctamente diagnosticado por el Servicio de Endocrinología el 13 de julio de 2007; que el tratamiento prescrito, metformina y pregabalina, era el adecuado, sin que haya constancia en la literatura médica mundial de una muerte súbita derivada de la administración de cualquier de estos medicamentos, por lo que falta la relación de causalidad entre el tratamiento prescrito y la muerte del paciente; y, por último, que tampoco puede imputarse dicho fallecimiento a una demora en la atención prestada el día del fallecimiento.

En cuanto a este último extremo, cabe destacar que el Médico del Centro de Salud de Alberite llegó al domicilio del paciente 21 minutos después de ser demandada la asistencia y, si bien éste no fue el recurso asistencial apropiado a la gravedad del evento (parada cardiorespiratoria), ello no es imputable al Coordinador del 061, sino a la imprecisión en la información de la familia del paciente. En concreto, la hija del fallecido no quiso hablar con el Médico regulador, tal y como le ofrecía la teleoperadora del servicio, por no estar en la casa del enfermo, sino que había sido avisada por su madre. No obstante, la ambulancia de soporte vital avanzado se activa a las 3:16 horas, tras nueva llamada de los familiares que hace sospechar se haya producido una parada, y llega al domicilio a las 3:24 horas, lapso de tiempo que supone una respuesta rápida.

Aun habiéndose activado este último recurso desde la primera llamada, es dudoso que se hubiera evitado el fallecimiento causado, probablemente, por infarto de miocardio del diabético, que es una enfermedad muy frecuente en estos pacientes. Como establece en sus conclusiones el dictamen a instancias de la Aseguradora, la muerte fue instantánea, impredecible e inevitable y sólo hubiese tenido una pequeña posibilidad de resucitación de haberse encontrado en un Centro Sanitario con personal entrenado y material adecuado cerca (desfibrilador), a pesar de lo cual el porcentaje de pacientes que sobreviven es mínimo.

CONCLUSIONES

Única

Procede desestimar la reclamación planteada, al 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