

En Logroño, a 15 de septiembre de 2005, 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, D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> del Bueyo Díez Jalón, y D. José M<sup>a</sup> Cid Monreal, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> del Bueyo Díez Jalón, emite, por unanimidad, el siguiente

## **DICTAMEN**

**85/05**

Correspondiente a la consulta elevada al Consejo Consultivo de La Rioja a instancia del Excmo. Sr. Consejero de Salud del Gobierno de La Rioja, en relación con el expediente de responsabilidad patrimonial tramitado a instancia de D<sup>a</sup>. Nuria A.G., por la asistencia sanitaria prestada en el Complejo Hospitalario *San Millán-San Pedro de Logroño*.

## **ANTECEDENTES DE HECHO**

### **Antecedentes del asunto**

#### **Primero**

Con fecha de 18 de octubre de 2004, a través del Registro de entrada del Servicio de Atención al Paciente del Hospital *San Millán*, se presentó una solicitud de responsabilidad patrimonial de la Administración autonómica riojana suscrita por D<sup>a</sup>. Nuria A.G., por error de diagnóstico con ocasión de la atención prestada en el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario *San Millán –San Pedro*, durante los días 26 y 27 de agosto de 2004, cuando se presentó con un fuerte dolor en la pierna derecha que desembocó en una embolia pulmonar. En consecuencia, viene a reclamar, en concepto de indemnización por la gravedad del asunto, así como por los daños y perjuicios, tanto físicos como psicológicos, que se le han ocasionado.

De estos hechos, la reclamante hace responsable al Servicio Sanitario, si bien no cuantifica el importe de la indemnización que reclama.

## **Segundo**

El 2 de noviembre de 2004, por el Gerente del Servicio Riojano de Salud, se requiere a la reclamante para que, en el plazo de diez días, subsane o mejore su solicitud de responsabilidad patrimonial en el sentido de señalar la cuantía con la que considera que ha de ser indemnizada por la Administración. Dicho acto de trámite es notificado por correo certificado con acuse de recibo el 5 de noviembre de 2004.

El requerimiento es atendido por el Letrado de la Sra. A.G., señalando el lugar de su despacho profesional como domicilio a efectos de notificaciones. Tras una motivación de las cantidades que solicita, comunica a la Administración requirente que la cantidad reclamada, a fecha de 16 de noviembre de 2004, asciende a 9.655,11 €, *“si bien no resulta ser una cantidad definitiva, dado que todavía me encuentro en situación de baja laboral y está pendiente de que se me realicen más pruebas médicas (ej. Neumólogo, Angiólogo), que espero que determinen el alcance definitivo de mi problemática”*.

## **Tercero**

El 23 de noviembre de 2004, el Gerente del Servicio Riojano de Salud dicta un acuerdo expresivo de la iniciación del expediente de responsabilidad patrimonial y se da cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 42.5 de la Ley 30/1992, comunicando a la reclamante la recepción de su solicitud, el plazo máximo de duración del procedimiento iniciado y los efectos del silencio administrativo. Del mismo modo, se comunica la existencia de este expediente a la Compañía aseguradora *Z. España*, dada la existencia de un contrato de seguro de la misma con el Complejo Hospitalario *San Millán- San Pedro*, para que pueda comparecer en su cualidad de interesada.

También con igual fecha, se oficia a la Inspección Sanitaria, enviando una copia de la reclamación a fin de que se emita un informe complementario a los emitidos por los Facultativos intervinientes en el proceso asistencial prestado a la Sra. A.G..

## **Cuarto**

Obran en el expediente los informes técnicos de los dos Facultativos que asistieron a la reclamante los días 26 y 27 de agosto de 2004, cuando acudió al Servicio de Urgencias aquejada de un dolor en la extremidad inferior derecha.

Según consta en el expediente remitido, el primero, sin fecha, fue emitido por el Facultativo que la asistió el día 27 de agosto; y el segundo, de fecha 29 de noviembre de

2004, por el que lo hizo el 26 de agosto. Por su interés y siguiendo el orden cronológico de los hechos, comenzaremos con una exposición del segundo.

El Médico Adjunto de Urgencias, Dr. R.M., en relación con la atención dispensada a la paciente el día 26 de agosto de 2004, informa que:

*“Se practicó analítica con coagulación en la que solamente aparecía elevación de Dímero D, siendo el resto de los parámetros normales. También se realizó eco-doppler de la pierna afectada, que fue informada como <<sistema venoso profundo: femoral superficial, poplítea, así como cayado y safena interna, con buen colapso a la compresión, sin signos de trombosis venosa profunda>>. Con el diagnóstico de sospecha de tromboflebitis superficial sin signos de trombosis venosa profunda, se prescribió tratamiento con heparina de bajo peso molecular (Flaxiparina 0.6 ml subcutánea al día) y analgésicos (Nolotil cada 8 horas), indicándole que debería volver a Urgencias para nueva valoración si persistían las molestias”.*

Todos estos extremos aparecen relatados en el parte de urgencias que se adjunta al informe referido.

La intervención del segundo Facultativo se realizó al día siguiente, el 27 de agosto, y el informe emitido suscrito por la Dra. Nerea G.Z. expresa cuanto sigue:

*“Tras explorar a la paciente, aviso a Médico Adjunto de guardia que reexplora a la paciente, y, dada la evolución de los síntomas (aumento de sensibilidad en el área de la lesión, tanto que el simple roce o tacto ligero desencadena el dolor del mismo), nos sugiere el diagnóstico de una rotura-desgarro de músculo gastrocnemio. Dicha patología tiene un diagnóstico clínico, ya que ni la radiología ni la tomografía axial computerizada avalan el diagnóstico, y, en la ecografía, tarda un tiempo en aparecer imágenes de la lesión. Llegados al diagnóstico de rotura-desgarro fibrilar en gemelos (gastrocnemios) de extremidad inferior derecha, se trata con vendaje funcional (pie en flexión plantar para que el músculo no se distienda) y la toma de Nolotil c/8 horas, intercalado con Ibuprofeno 600 c/8 horas, dando a la paciente instrucciones sobre el vendaje y aconsejando el seguimiento por Médico de Atención Primaria”.*

### Quinto

La Médico-Inspector, D<sup>a</sup>. Verónica C.C., emite su informe en relación con la asistencia sanitaria prestada por el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario *San Millán-San Pedro*, a la Sra. A.G. y viene a extraer las siguientes conclusiones:

*“PRIMERA.- Que D<sup>a</sup>. Nuria A.G., con fecha de 26/08/04, fue valorada por el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro por un cuadro de dolor en la zona gemelar de la pierna izquierda (sic, debería decir la derecha), de cuatro días de evolución. Tras la exploración física realizada y al presentar de riesgo de enfermedad tromboembólica (uso de anticonceptivos) y objetivarse un aumento de dímeros D en la analítica, se realizó el pertinente estudio mediante ecografía doppler de la extremidad, que descartó la presencia de TVP (tromboflebitis venosa profunda).*

*Se le diagnóstico de tromboflebitis superficial y se pautó el tratamiento oportuno, incluyendo una heparina de bajo peso molecular, a dosis profiláctica de enfermedad tromboembólica, y se le indicó regresar al Servicio de Urgencias para la realización de una nueva eco-doppler, si continuara con las molestias.*

*SEGUNDA.- Que, según la bibliografía consultada, ante un resultado negativo de una ecografía-doppler, prueba de gran sensibilidad y especificidad de detección de una TVP, y según la clínica, está indicada su repetición en unos días.*

*TERCERA.- Que, al día siguiente, al persistir la sintomatología y conforme se había indicado, acudió de nuevo al Servicio de Urgencias donde, pese a la observación realizada el día anterior, no se consideró oportuno realizar ningún tipo de prueba, orientando en esta ocasión el diagnóstico hacia un proceso de origen muscular, no pudiendo determinar si la realización de una nueva eco-doppler en esta ocasión, que quizás hubiera debido realizarse dados los antecedentes, hubiera aportado nuevos datos, ya que la situación clínica de la paciente era prácticamente similar a la del día anterior.*

*CUARTA.- Que, seis días más tarde, con fecha de 02/09/04 y pese a encontrarse la paciente en tratamiento con heparina a dosis profiláctica de enfermedad tromboembólica, presentó un TEP masivo, siendo diagnosticada de TVP en extremidad inferior derecha. Fue ingresada, inicialmente en la UMI y, posteriormente, en planta de Medicina Interna, presentando una evolución favorable, siendo dada de alta con fecha de 14/09/04, con el tratamiento médico oportuno.*

*QUINTA.- Que la paciente ha permanecido de baja laboral desde el inicio del proceso hasta el día 14/01/05, sin presentar en la actualidad, en las pruebas diagnósticas realizadas al respecto, ninguna secuela de trombosis venosa ni del TEP sufridos”.*

El informe es emitido el 28 de enero de 2005 y a él se acompaña copia del historial clínico de la paciente, registrado con el nº 113183.

### **Sexto**

Con fecha del Registro general de entrada en la Delegación del Gobierno en La Rioja de 9 de febrero de 2005 y a través de su Abogado, la reclamante presenta el parte de alta médica con fecha de 14 de enero de 2005 y solicita una indemnización de 12.357,90 €, si bien se advierte que todavía no es la cuantificación definitiva, pues se encuentra pendiente de otras pruebas médicas que determinen el alcance definitivo de la problemática padecida.

### **Séptimo**

También obra en el expediente un informe médico emitido por Z. España, Compañía de Seguros y Reaseguros realizado colegiadamente por tres Doctores especialistas en Medicina Interna y Cirugía, que, tras una análisis de los hechos y de sus consideraciones clínicas, vienen a precisar las siguientes conclusiones:

1.- D<sup>ª</sup>. Nuria A. consultó en el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro por un cuadro de dolor en miembro inferior derecho. Pese a que clínicamente el cuadro no sugería la presencia de una trombosis venosa profunda (TVP), dicho diagnóstico fue incluido de forma correcta, por el Médico que la atendió, en el diagnóstico diferencial.

2.- En base a la presencia de una elevación del D-Dímero (prueba muy sensible pero poco específica), se realizó una ecografía doppler que fue normal. En base a la literatura publicada, esto permite excluir el diagnóstico de TVP y no precisa de seguimiento radiológico ni de la administración de tratamiento anticoagulante.

3.- A las 24 horas, la paciente consultó nuevamente, estableciéndose el diagnóstico de rotura fibrilar. Esta discrepancia de diagnósticos no supone una incorrección y únicamente refleja la dificultad diagnóstica de estos cuadros, la mayor parte de los cuales comparten características comunes. La misma reclamante reconoce su mejoría con el tratamiento pautado.

4.- No estaba indicada la repetición de la ecografía practicada 24 horas antes y tampoco la administración de tratamiento anticoagulante, que, sin embargo, mantuvo la paciente (a dosis profiláctica) hasta su ingreso hospitalario el 2 de septiembre.

5.- La aparición de un tromboembolismo pulmonar (TEP) a la semana de su asistencia inicial es un acontecimiento que no resultaba previsible y que no depende de la actuación de los profesionales sanitarios, que fue correcta.

6.- Este caso corresponde al 1 % de casos de pacientes con baja probabilidad para presentar TVP y con doppler negativo que desarrollan enfermedad tromboembólica en los 3 meses siguientes a la valoración inicial. Este porcentaje es similar en los diversos estudios consultados, independientemente de la estrategia diagnóstica utilizada, no estando indicado el seguimiento ecográfico seriado ni el tratamiento anticoagulante.

7.- El manejo de la enferma una vez diagnosticado el TEP fue adecuado y la evolución ha sido favorable no existiendo secuelas en los estudios de imagen practicados ni a nivel pulmonar ni de miembros inferiores.

## **Octavo**

El trámite de audiencia fue abierto por la Instructora del expediente el 11 de abril de 2005, poniendo de manifiesto el expediente tramitado y concediendo un plazo de quince días hábiles para alegaciones, procediendo a su notificación a la reclamante. Reiterándose en lo expuesto en el escrito inicial, el Abogado de la reclamante las presenta el 3 de marzo de 2005, a las que une el poder notarial acreditativo de la representación.

## **Noveno**

En la Propuesta de resolución, elaborada por la Instructora el 19 de julio de 2005, tras una análisis de los hechos y de las consideraciones tanto doctrinales como jurisprudenciales existentes en torno a la responsabilidad sanitaria centrada en el error de diagnóstico, viene a concluir la inexistencia de una relación de causalidad entre la actuación sanitaria pública y los padecimientos sufridos por la reclamante, por lo que, a su juicio, propone la desestimación de la reclamación.

## **Décimo**

El 20 de julio de 2005, se remite el expediente completo, junto con la Propuesta de resolución referida, a la Dirección de los Servicios Jurídicos para su informe, y, el día 27 de julio, se emite por la Letrada, considerando ajustada a Derecho la propuesta de resolución elaborada por la Instructora.

## **Antecedentes de la consulta**

### **Primero**

Por escrito de 1 de agosto de 2005, registrado de entrada en este Consejo al día siguiente, el Excmo. Sr. Consejero de Salud del Gobierno de La Rioja remite al Consejo Consultivo de La Rioja, a través de su Presidente y para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

### **Segundo**

Mediante escrito de fecha 4 de agosto de 2005, registrado de salida al día siguiente, el Sr. Presidente del Consejo Consultivo procedió, en nombre del mismo, a acusar recibo de la consulta, a declarar, provisionalmente, la misma bien efectuada, así como 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 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.

Por tanto, es a la legislación vigente en el momento procedimental inmediatamente posterior a la conclusión al trámite de audiencia a la que hay que atender para determinar la preceptividad del dictamen del Alto Órgano Consultivo correspondiente, aunque fuera otra normativa la vigente en fases anteriores del procedimiento.

Pues bien, en el caso de la Comunidad Autónoma de La Rioja, los arts. 11, g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, y 12, 2, G del Decreto 8/2002, de 24 de enero, por el que se aprueba nuestro Reglamento orgánico y funcional, determinaban la preceptividad de nuestro dictamen en las reclamaciones de responsabilidad patrimonial de la Administración cualquiera que fuera la cuantía de las mismas. Esta normativa ha sido modificada 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, que ha redactado de nuevo el precitado art. 11 g) de nuestra Ley reguladora, limitando la preceptividad de nuestro dictamen a las reclamaciones de cuantía indeterminada o superior a 600 € y derogando tácitamente el expresado art. 12.2.G de nuestro Reglamento. Esta limitación entró en vigor, junto con el resto de sus preceptos, el 7 de septiembre de 2005, al no contener la Ley 4/2005 ninguna determinación especial al respecto, ya que su D.T. Única sólo la establece para los procedimientos sancionador y de elaboración de disposiciones generales, preceptuando que los iniciados antes de su entrada en vigor continuarán rigiéndose por la legislación anterior.

Por consiguiente, este Consejo Consultivo entiende que las reclamaciones de responsabilidad patrimonial de la Administración en cuyo procedimiento haya concluido el trámite de audiencia con fecha posterior a 7 de septiembre de 2005 y nos sean remitidas para dictamen, sólo serán de dictamen preceptivo, cualquiera que fuere su fecha de iniciación, si su cuantía es indeterminada o superior a 600 €, considerándose las demás de dictamen facultativo.

Aplicando esta doctrina general al presente caso, nuestro dictamen resulta ser preceptivo ya que la cuantía de la reclamación es superior a 600 €.

En cuanto al contenido del dictamen, 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 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 el reconocimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración pública.**

Para determinar si en el presente caso procede acceder a la pretensión indemnizatoria de la reclamante, se hace necesario partir de cuáles sean los requisitos para el reconocimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración en general. La Sentencia de la Sección Sexta de la Sala Tercera del Tribunal Supremo de fecha 17 de octubre de 2000 ha enumerado los siguientes y, de esta forma, han sido analizados en diversos Dictámenes de este Consejo Consultivo:

1.- Que el particular sufra una lesión en sus bienes o derechos que no tenga obligación de soportar.

2.- Que aquella sea real efectiva y susceptible de evaluación económica.

3.- Que el daño sea imputable a la Administración y se produzca como consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, entendidos estos en el más amplio sentido de actuación, actividad administrativa o gestión pública, en una relación de causa a efecto entre aquel funcionamiento y la lesión, sin que sea debida a casos de fuerza mayor.

4.- Que no haya prescrito el derecho a reclamar, cuyo plazo legal es de un año, computado 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 *directa* de la Administración (aunque el daño haya sido causado por personal dependiente de la Administración o sea atribuible genéricamente a los servicios administrativos), *objetiva* (aunque no haya mediado culpa individual o la actuación no haya sido “ilícita”) y *general* (aplicable a cualesquiera de las actividades y servicios de la Administración). Todo ello, al abrigo de lo dispuesto en el artículo 106.2 CE y en el Título X de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen

Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (arts 139 a 146, parcialmente afectados por la reforma introducida por la Ley 4/1999, de 13 de enero), con el pertinente desarrollo reglamentario en materia procedimental, a través del R.D. 429/1993 de 26 de marzo.

En el presente caso, se trata de una reclamación por deficiente funcionamiento del servicio público sanitario, al que la reclamante imputa los daños y perjuicios causados por la diagnosis y el tratamiento dispensados los días 26 y 27 de agosto de 2004 al ser atendida en el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario *San Millán-San Pedro*, por unas dolencias en la extremidad inferior derecha que desencadenaron, a su juicio, un tromboembolismo pulmonar (TEP), debido a un error de diagnóstico y por cuyos daños y perjuicios ahora viene a reclamar.

Aunque, como queda señalado, el sistema de responsabilidad patrimonial es *general*, hemos de recordar que la asistencia sanitaria –en nuestro caso, la pública- es uno de los servicios más estrechamente vinculados a la producción de riesgos y daños, consecuencia de las limitaciones científico-técnicas que tiene la Medicina; de la condición precedera del ser humano (por eso, la acción de los poderes públicos solo alcanza a proteger la salud y el derecho de asistencia sanitaria es, por encima de todo una prestación de medios, no de resultados) y de la extensión del sistema sanitario público, cuyas prestaciones, obviamente, guardan proporción a los recursos limitados asignados por los poderes públicos. De ahí que la jurisprudencia existente y la doctrina de este Consejo Consultivo, hayan afirmado que la obligación prestacional sanitaria, sea de medios y no de resultados (SS. TS. Sala 3ª 1-3-1999 y 11-10-2001).

En el caso que se dictamina, a la luz de esta doctrina general sobre el sistema objetivo de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas -, se trata de determinar si los padecimientos sufridos por la Sra. A.G., son imputables al funcionamiento de los servicios públicos sanitarios (en una relación de causa-efecto), esto es, al diagnóstico y tratamiento prestado en el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario *San Millán-San Pedro*, los días 26 y 27 de agosto de 2004, lo cual nos obliga a reflexionar sobre los criterios de imputación de los daños a la prestación del servicio sanitario, centrados, en el caso que se dictamina, en un posible error de diagnóstico.

De este modo, en el análisis de la cuestión suscitada por el presente procedimiento, la controversia sobre la existencia o ausencia del nexo de causalidad, es necesario partir de la postura mantenida por la reclamante en su escrito inicial, que sitúa la raíz de los daños sufridos en el error y la contradicción de los diagnósticos que sobre la dolencia de su pierna derecha se hicieron por dos Facultativos distintos del Servicio de Urgencias, uno, el día 26 de agosto, y el otro, un día más tarde.

Por todo ello y entrando en los criterios de imputación objetiva necesarios para que exista la relación de causalidad, hemos de pasar a evaluar dichos conceptos, comenzando por la eventual existencia de un error de diagnóstico.

### Tercero

#### **El error de diagnóstico como criterio de imputación.**

Del relato de las actuaciones médicas realizado, la reclamante pretende deducir la existencia de una relación de causalidad entre el resultado dañoso y la asistencia prestada en el Servicio de Urgencias durante los días 26 y 27 de agosto de 2004, pues, a su juicio, desde allí parte el error de diagnóstico y de su consiguiente tratamiento. En su consideración, los Facultativos que la asistieron, ante un mismo padecimiento, dolencia de la extremidad inferior derecha, le dieron diferentes diagnósticos, a los que considera contradictorios y, en definitiva erróneos y causantes de la embolia pulmonar que sufrió días más tarde.

De esta forma, la reclamante afirma que la asistencia médica fue deficiente, afirmando literalmente la existencia de un *error de diagnóstico*, llegando a una situación extrema que se podía haber evitado: el tromboembolismo pulmonar (TEP).

Frente a esta postura, aparece, la mantenida en la Propuesta de resolución, que tiene su fundamento en los informes médicos obrantes en el expediente, a los que posteriormente nos referiremos-, que entiende que, entre los padecimientos sufridos por la Sra. A.G. y la actuación sanitaria pública dispensada en el Hospital *San Millán*, no existe nexo de causalidad que permita afirmar la existencia de responsabilidad patrimonial. Literalmente, la Propuesta de resolución, teniendo en cuenta los hechos esgrimidos por la reclamante, los informes médicos obrantes en el expediente y la doctrina jurisprudencial existente en esta materia tan casuística, viene a concluir que:

*“Y trasladando la doctrina expuesta al presente caso y teniendo en cuenta que se incumplen los requisitos exigidos en la interpretación de la normativa jurídica aplicable, toda vez que la asistencia sanitaria prestada ha sido correcta y que no ha quedado acreditada la existencia de un daño real y efectivo derivado de la asistencia sanitaria prestada, se ha de concluir que ninguna responsabilidad alcanza a esta Administración por una actividad sanitaria en la que no se dan los requisitos exigidos, -un daño o perjuicio efectivo, real y objetivo y que exista una relación directa de causa a efecto entre dicha forma de actuar y el daño causado-, para que nazca dicha responsabilidad”.*

Presentados así los términos de confrontación entre la tesis sostenida por la Sra. A.G., - yerma de toda actividad probatoria-, y la postura expuesta en la propuesta de resolución que ahora se dictamina, hemos de evaluar objetivamente si nos encontramos

o no ante un error de diagnóstico y de tratamiento, que haga responsable a la Administración sanitaria de los daños sufridos por la paciente, ante la eventual existencia de una relación de causalidad directa entre dicha actuación sanitaria y los daños y padecimientos físicos sufridos por la ahora, reclamante. De cualquier manera, es necesario indicar que el simple error de diagnóstico no es, propiamente y por sí solo, motivo suficiente para entender que el particular que lo padece tiene derecho a obtener una indemnización, sino que, para llegar a tal conclusión, ha de darse la concurrencia de dos circunstancias que la doctrina reiterada del Consejo de Estado viene exigiendo: que exista una negligencia o impericia probada en la aplicación de la *lex artis*, y que ésta sea, a su vez, generadora de un daño innecesario y evitable en sus consecuencias y resultado, y, por lo tanto, antijurídico e indemnizable. Tesis también mantenida reiteradamente por este Consejo Consultivo, sirva de ejemplo el reciente Dictamen 46/2005.

En lo referente al primero de los aspectos citados y debiendo obviar de entrada cualquier análisis culpabilístico de la cuestión, impropio del caso, dado el ya matizado carácter objetivo de la responsabilidad en este ámbito, lo cierto es que el diagnóstico y el tratamiento dispensado a la Sra. A.G., los dos días en que acudió al Servicio de Urgencias aquejada de un fuerte dolor en la extremidad inferior derecha, es conforme al estado de la ciencia y de la técnica en dicho momento y, por supuesto, adecuado a la *lex artis ad hoc*, afirmación ésta que, viene corroborada por los abundantes informes obrantes en el expediente y en el propio informe emitido por la Médica Inspectora que lo ha instruido. En concreto, dicha afirmación se extrae de la siguiente documental:

*1.- El informe del Médico Adjunto de Urgencias realizado el 29 de noviembre de 2004 .*

En su diagnóstico se colige que, de las pruebas practicadas a la paciente el día 26 de agosto de 2004, cuando acudió a Urgencias aquejada de un dolor en la zona gemelar de la pierna derecha, - analítica y eco-doppler -, se deduce que las molestias responden a una diagnosis de tromboflebitis superficial, sin signos de trombosis venosa profunda (TVP), y se prescribió el tratamiento adecuado.

*2.- El informe de la Dra. G.Z., en relación con la atención sanitaria prestada en el Servicio de Urgencias el día siguiente, el 27 de agosto.*

En el comentario de este informe se dice:

*“Acude a Urgencias por dolor en extremidad inferior derecha, súbito, de 24 horas de evolución, localizado a nivel de pantorrilla. Fue vista por tal motivo en el mismo Servicio 24 horas anteriores y se le realizó estudio mediante eco-doppler, resultando **negativo** para diagnóstico de trombosis venosa profunda (TVP). Fue diagnosticada de tromboflebitis y dada de alta con Clexame 60/12 horas, aunque el dolor no cede, motivo por el que acude de nuevo. A la exploración, no se observa enrojecimiento ni inflamación de la piel a lo largo del trayecto*

*doloroso, así como tampoco la presencia de una vena endurecida (cordón venoso), ni aumento de calor local con respecto a la extremidad contralateral (ausencia de signos inflamatorios). Pulsos pedios, tibiales posteriores y poplíteos estaban conservados; la movilidad era dolorosa aunque conservada en todos los planos”.*

En definitiva, a juicio de la Doctora que trató a la paciente, el diagnóstico fue de rotura-desgarro fibrilar en gemelos (gestrocnemios) de extremidad inferior derecha, y el tratamiento el adecuado.

*3.- El informe de la Inspección Médica suscrito por la Médico Inspector D<sup>a</sup>. Verónica C.C. el 8 de marzo de 2005.*

La Inspectora que lo suscribe analiza la atención prestada a la paciente durante los días 26 y 27 de agosto de 2004, y posteriormente, la propia del día 6 de septiembre, cuando se presentó un cuadro de tromboembolismo pulmonar masivo (TEP); sin que, en sus conclusiones, se arriesgue a advertir que existiera una relación de causa-efecto entre el tratamiento y diagnóstico realizada los días 26 y 27 de agosto y la embolia pulmonar sufrida por la ahora reclamante días más tarde. De todo ello, se deduce, como concluye el informe de la Médico Inspectora, que:

*“no pudiendo determinar si la realización (el día 27 de agosto) de una nueva eco-doppler en esta ocasión, que quizás hubiera debido realizarse dados los antecedentes, hubiera aportado nuevos datos, ya que la situación clínica de la paciente era prácticamente similar a la del día anterior”.*

Por consiguiente, no puede afirmarse con fundamento en dicho Informe que exista una relación de causalidad generadora de la reclamada responsabilidad patrimonial, y ello por los siguientes razonamientos obrantes en dichos informe, más el complementario aportado por la Asesoría Médica de la Compañía aseguradora Z.:

1º Porque, según la bibliografía consultada, aportada en parte al expediente y citada con más exactitud en el informe médico de la Compañía aseguradora, el cuadro de dolor con el que se presentó la paciente en el Servicio de Urgencias los días 26 y 27 de agosto de 2004, en la extremidad inferior derecha, no sugiere, desde el punto de vista clínico la presencia de una enfermedad tromboembólica. No se describe la existencia de edemas, tirantez, color, enjorecimiento (signo de Homans).

2º Porque, en todo caso, la conducta de los Facultativos se ajustó a un fiel cumplimiento de la *lex artis ad hoc*, ya que, el mismo día 26 de agosto y dado que la mayor parte de las trombosis venosas profundas (TVP) son asintomáticas, el Médico de Urgencias, de forma correcta, realizó un eco-doppler cuyo resultado fue negativo.

3° Porque, según los datos técnicos obrantes en el expediente, el diagnóstico de “tromboflebitis superficial” alcanzado el primer día, es compatible con el cuadro clínico dado el segundo día, cuyo tratamiento se basa en el vendaje comprensivo de la extremidad, calor y antiinflamatorios.

4° Porque no se precisa la realización inmediata de una segunda ecografía-doppler, pues incluso la propia Inspectoría Médica asegura que, si bien hubiera resultado aconsejable, el resultado hubiera sido el mismo que el realizado el día anterior. El Dictamen médico de la Compañía aseguradora, emitido por tres profesionales de forma colegiada, afirma que:

*“En su segunda asistencia en Urgencias, apenas 24 horas después de la primera, la paciente continúa perteneciendo al grupo de probabilidad baja para la presencia de TVP, por lo que, con una ecografía-doppler normal apenas 24 horas antes, no está indicada la repetición de dicha exploración. Por otro lado, debemos señalar que, en los distintos protocolos de manejo citados en esta revisión, en los casos en los que se encuentre indicada, se recomienda repetir la ecografía a los 7 días. En cuanto al diagnóstico alcanzado en esta segunda asistencia, también resulta coherente con el cuadro de la enferma(...). El tratamiento pautado es correcto al diagnóstico alcanzado y es el mismo que el que correspondería a una tromboflebitis superficial”.*

5° Porque el desarrollo posterior de una TVP con un episodio asociado a la semana de la atención inicial resultaría imprevisible en la valoración inicial de la enferma y, según los dictámenes técnicos, *“se enmarcaría dentro del 1% de enfermos que, pese a tener un doppler negativo y pertenecer al grupo de baja probabilidad para presentar la enfermedad tromboembólica venosa, finalmente la desarrollan”.*

Hasta lo aquí expuesto, - y redundando en lo mismo el Informe médico aportado por la Compañía aseguradora Z. -, no podemos afirmar la existencia de una relación de causalidad entre los padecimientos que dice haber sufrido la reclamante y la prestación del servicio sanitario, para lo cual, y mayor abundamiento, hemos de traer a colación la doctrina formada por este Consejo Consultivo, en general en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración, y, en especial, en lo concerniente a la Administración sanitaria. En lo que se refiere a los concretos actos médicos capaces de causar un daño a un paciente, el funcionamiento del servicio público consiste en el cumplimiento por la Administración sanitaria de un deber jurídico previo e individualizado respecto de ese paciente, que es correlativo al derecho de éste a la protección a la salud y a la atención primaria, como principio rector de la política social y económica, contemplado dentro del Capítulo III del Título I CE, en concreto, en el artículo 43; y en normas de rango legal, como el artículo 1.2 de la Ley 14/1986, de 25 de abril (artículos 3 a 17) y en el artículo 14 y concordantes de la Ley riojana 2/2002, de 17 de abril, de Salud.

Sólo partiendo de esta premisa, es posible explicar técnicamente la reiteración con que la doctrina y la jurisprudencia, así como los dictámenes del Consejo de Estado y de

los Órganos Consultivos de las Comunidades Autónomas, vienen exonerando de responsabilidad a la Administración cuando el actuar médico, en el caso concreto, ha sido conforme a la llamada *lex artis ad hoc*; opinión con la que, por la razón ante dicha, este Consejo Consultivo coincide.

Por lo demás, la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación administrativa en el ámbito de la prestación del servicio sanitario público, se encauza en los términos analizados anteriormente con carácter general y en el nexo de causalidad, pues está sometida a las pautas comunes que, sobre responsabilidad patrimonial de la Administración, están vigentes en nuestro Derecho. Así, existe también aquí una cada vez mayor tendencia a la objetivación de la responsabilidad, persiguiendo, en última instancia, la reparación de los daños indebidamente causados por la actuación sanitaria con independencia de la concurrencia estricta de culpa.

Sin embargo, en lo concerniente a los requisitos precisos para poder exigirla, debido a la especialidad de la actuación administrativa en este ámbito, se pueden apreciar ciertos aspectos propiamente caracterizadores o diferenciadores de la modalidad que ahora nos ocupa, las reclamaciones por defectuosa asistencia sanitaria.

En primer lugar y como apuntábamos más arriba, hay que tener presente que, en general, la atención médica que el ciudadano debe esperar de los poderes públicos no es una prestación de resultados sino de medios. No existe, gráficamente expresado, un derecho a la curación, pues los conocimientos y medios de los que actualmente dispone la Medicina, aunque cada vez más evolucionados y más sofisticados en función de los recientes avances científicos y tecnológicos que le permiten enfrentarse a un espectro cada vez más amplio de situaciones complejas, no son siempre ilimitados ni responden por igual en todos los pacientes. Eso condiciona, a su vez, el ámbito de las expectativas que en la prestación de asistencia se le presentan al ciudadano, de modo que está en situación de demandar del sistema de salud resultados acordes con el estado de la ciencia en cada momento.

En definitiva, en términos positivos, el ciudadano “paciente” tiene el derecho a exigir que la actividad médica se desarrolle en forma adecuada y conforme a la denominada *lex artis ad hoc*, que impone una actuación acorde con los conocimientos y técnicas adecuados al caso y según el estado actual de éstos.

De acuerdo con dichos parámetros, del expediente analizado se desprende que la paciente fue diagnosticada correctamente con la dispensación del tratamiento adecuado, de manera que la actuación de los Facultativos que asistieron al Sra. A.G. fue adecuada a la *lex artis ad hoc*, sin que, en ningún momento, se muestre la existencia de un error ni en el diagnóstico ni en el tratamiento dispensado.

## **CONCLUSIONES**

### **Única**

La reclamación de responsabilidad patrimonial a que se refiere el presente dictamen ha de ser desestimada, por no ser imputables al funcionamiento del servicio público sanitario los daños sufridos por D<sup>a</sup>. Nuria A.G..

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