

En Logroño, a 11 de septiembre de 2013, 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. Pedro de Pablo Contreras, D. José María Cid Monreal, D^a M^a del Carmen Ortiz Lallana y D. Enrique de la Iglesia Palacios, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D. Joaquín Espert y Pérez-Caballero, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

40/13

Correspondiente a la consulta formulada por el Excmo. Sr. Consejero de Salud y Servicios Sociales, en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria formulada por D^a V. G. P., por daños y perjuicios que entiende producidos a consecuencia del tratamiento en el SERIS de una insuficiencia renal que condujo a un trasplante de riñón; y que valora en 379.719,38 euros.

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del Asunto

Primero

Mediante escrito de fecha 7 de septiembre de 2012, registrado de entrada en la Delegación del Gobierno en La Rioja en esa misma fecha, el Letrado D. V. F. M., en nombre y representación de D^a V. G. P., que acredita mediante poder notarial, formula reclamación por responsabilidad patrimonial a la Consejería de Salud y Servicios Sociales del Gobierno de La Rioja exponiendo, muy resumidamente, lo siguiente:

- En mayo de 2008, se le realizaron unos análisis clínicos que confirmaron su embarazo y dieron unos niveles anormalmente altos de leucocitos, proteínas y creatinina, reveladores de un problema renal, al que su Médico de cabecera hizo caso omiso.
- Tras la interrupción voluntaria de su embarazo y nuevos análisis clínicos, se le diagnostica “*anemia ferropénica*”, prescribiéndole 30 comprimidos de Tardyferon, pero no se hace seguimiento alguno, ni le prescriben nueva medicación, ni revisan su estado físico, pese a que, durante los meses de junio y julio de 2008, acude en reiteradas ocasiones al Médico de cabecera en el Centro de Salud *Gonzalo de Berceo* con motivo de constantes cefaleas y empeoramiento de su estado físico. Los fármacos que se le prescriben para sus cefaleas, como el Zomig, están especialmente prohibidos para las personas con problemas renales.

- El 24 de agosto siguiente, hubo de acudir a Urgencias del Hospital *San Pedro*, con fuerte dolor e inflamación de ambas piernas, desde las rodillas hasta los tobillos. La impresión clínica que se refleja en el parte fue la de “*dolor inespecífico en ambos tobillos*”; y se le prescribe Ibuprofeno, totalmente contraindicado para personas con problemas renales.
- El Médico de cabecera asoció, erróneamente, los síntomas de hinchazón y aumento de peso de la reclamante (quince kilos aproximadamente en un breve período de tiempo), al inicio de un tratamiento hormonal (“Yasmin”), recetándole una nueva píldora anticonceptiva (“Nuvaring”) y Torasemida, cuya prescripción es peligrosa para los pacientes con insuficiencia renal.
- La situación continúa empeorando y la interesada visitó, en los meses de septiembre y noviembre, a su Médico de cabecera en repetidas ocasiones, haciéndolo de nuevo el 20 de enero de 2009, con edemas y cifras altas de hipertensión. Practicados nuevos análisis, ante el resultado de los mismos, es remitida por el Médico de Atención Primaria al Servicio de Urgencias y permanece ingresada en el Hospital *San Pedro* desde el 22 de enero al 6 de febrero de 2009, al presentar un cuadro de “*insuficiencia renal y proteinuria no cuantificada con microhematuria*”.
- El 28 de enero de 2009, se le practica una biopsia renal y sigue siendo tratada durante todo el año 2009, sin que mejorara su función renal.
- Hasta el 24 de marzo de ese año, no se establece por vez primera el control de la paciente por parte de un Nefrólogo.
- Pese a los fuertes tratamientos a que es sometida, el deterioro progresivo de la función renal y la persistencia de síndrome nefrótico severo motiva un nuevo ingreso en el Hospital *San Pedro* en octubre de 2009 y realización de nueva biopsia.
- Tras el resultado de la misma, se le recomienda trasladarse a la Comunidad de Galicia, de donde es originaria, y así lo hace, acudiendo, por vez primera, al Servicio Gallego de Salud el 19 de enero de 2010 en que, tras exhaustivos estudios, se le plantea la posibilidad o necesidad de un trasplante de riñón, ante la irreversible pérdida de la función renal.
- El trasplante se realiza el 3 de agosto de 2010, con éxito, siendo dada de alta el siguiente día 9. No obstante, su salud, como la de cualquier paciente sometido al trasplante de un órgano vital, ha sido muy inestable, teniendo reconocida una incapacidad en grado de absoluta.

Termina interesando la reparación integral del daño sufrido en la cantidad que se determine en periodo probatorio y que indiciariamente señala en la cantidad de **trescientos setenta y nueve mil setecientos diez y nueve euros con treinta y ocho céntimos de euro (379.719,38 euros)**.

Segundo

Mediante Resolución de 15 de septiembre de 2012, se tiene por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial, con efectos del anterior día 12, y se nombra Instructora del procedimiento.

Tercero

Por carta del siguiente día 17, se comunica al Letrado de la interesada la iniciación del expediente, informándole de los extremos exigidos por el artículo 42-4º de la Ley 30/1992.

Cuarto

Mediante comunicación interna del mismo día, 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 en los servicios de Neurología y Traumatología del Hospital *San Pedro* a la reclamante; copia de la historia clínica relativa a la asistencia reclamada exclusivamente y, en particular, informe de los Facultativos intervinientes acerca de la asistencia prestada y la situación actual de la paciente.

La solicitud es reiterada los días 22 de octubre y 22 de noviembre.

Quinto

Con fecha 17 de diciembre, la Gerencia de Área remite al Servicio de Asesoramiento y Normativa copia de la historia clínica de la reclamante y los informes aportados por las Dras. S. C. y D.A. S. y el Dr. C. P.

Sexto

Con fecha 18 de diciembre de 2012, la Instructora remite el expediente a la Dirección General de Asistencia, Prestaciones y Farmacia, 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.

Séptimo

El Informe de Inspección, de fecha 22 de enero de 2013, establece las siguientes conclusiones:

“PRIMERA:

- La paciente, acude por amenorrea y es visitada por su Médico de Primaria (MP). Se le realiza una analítica donde se observa proteínas, hematies y leucocitos en orina elevados, así como anemia ferropénica y creatinina un poco elevada en sangre. La anomalía analítica en orina parece justificarse como una alteración puntual debido al embarazo, que junto a la anemia, no es infrecuente en su situación.

- En el algoritmo de actuación diagnóstica en un paciente con proteinuria se refleja que se debe repetir la

analítica con el fin de confirmar y cuantificar la misma, para poder descartar proteinurias por fiebre, embarazo, ortoestática, ejercicio, etc. La paciente no se estudia posteriormente a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) realizada en mayo de 2008, con el fin de etiquetar dicha alteración analítica,

SEGUNDA:

- La paciente sufre migrañas crónicas y cefaleas tensionales que motivaron un TAC en el 2005, informándolo como "normal". Ha sido atendida en consulta externa de Neurología en varias ocasiones, desde abril de 2008 tiene prescrito Maxalt Max 10® en las crisis migrañosa e Ibuprofeno® para la cefalea tensional, también le han prescrito Almagran 12,5mg® como tratamiento preventivo de las mismas. Todas las medicaciones mencionadas están contraindicadas en la Insuficiencia Renal Grave; en el momento de su prescripción, no se sabía que la paciente padecía ninguna enfermedad renal. Hemos de considerar que estas medicaciones no son para un tratamiento diario sino en los momentos de crisis, es un tratamiento puntual no continuo, también hemos de tener en cuenta que todos los fármacos utilizados en la prescripción en humanos, se metabolizan por riñón o hígado, por lo que en todas las fichas técnicas de los medicamentos, siempre se constata el consabido "precaución en pacientes con enfermedad renal, hepática o con ambas".

- La paciente acude a su MP y a Urgencias en agosto de 2008, por edema en tobillos sin fovea en dos ocasiones, al comprobar una tensión en el límite alto, pero dentro de parámetros normales y atribuyéndolo a causas de ortoestatismo y anticonceptivo hormonal nuevo, según refiere la paciente; se le cambia el tratamiento anticonceptivo y se prescribe un diurético, Furosemida®, durante 10 días. Se debe decir que una persona que permanece de pie muchas horas seguidas (ortoestatismo), puede sufrir edemas en tobillos por problemas de retorno venoso, más aún si esa persona trabaja fundamentalmente de pie (dependienta), por lo que se sospecha que su circulación no es buena, agravada por un esfuerzo más continuado. Además, hay que tener en cuenta los efectos secundarios de los anticonceptivos hormonales al producir retención de líquidos (edemas), lo que se traduce en aumento de peso.

- En septiembre, hay una toma de TA alta, 150/100, sin síntomas acompañantes, el MP le indica nueva toma en una semana, no hay registros posteriores, por lo que se supone que la paciente no acude al Centro de Salud.

- El 21 de noviembre de 2008, acude a su MP, tras haber acudido al PAC el día 19 por un brote de migraña y vómitos. Se toma la TA, 140/190, normal, pero en límites altos, se prescribe Lorazepam® y Primperan® unos días y volver a valorar en 15 días. No hay más registros hasta el 20 de enero de 2009.

- Es en enero cuando, en su visita al Neurólogo por su problema de migraña, se observan edemas y una tensión elevada, TA 160/110; es cuando se le remite a su MP. Es en ese momento cuando su MP le prescribe un diurético, Sutril neo 5 mg®, para el control de su TA. Este diurético no es de uso exclusivo por Nefrólogos, como afirma la demandante, la prescripción es adecuada como se comprueba en el tratamiento propuesto por los Nefrólogos con el fin de controlar la Tensión Arterial durante los ingresos de la paciente en Nefrología del Hospital San Pedro.

TERCERA:

- El día 22 de enero, se remite a Nefrología donde se le diagnostica Síndrome nefrótico clínico y analítico, realizándose una biopsia renal, pero, ante la mala evolución, se inicia un tratamiento empírico con corticoides; posteriormente, se diagnostica de Endoteliosis glomerular asociada al embarazo, que ha evolucionado de manera tórpida hacia insuficiencia renal. Al alta, el 6 de febrero, se le cita en consultas externas el 6 de marzo, no el 24 como refiere la demandante. Es en el

segundo ingreso, de 10 a 19 de febrero, cuando se le cita en consulta el día 24 de marzo

- Ante la mala respuesta de la paciente a los tratamientos habituales y consulta de la literatura científica, se propone a la paciente una medicación inmunosupresora, informándole de lo poco frecuente de su proceso y la agresividad del mismo. Se le comunicó de la pauta programada, un bolus mensual durante 6 meses, para lo cual debía ingresar durante 24 horas. Dentro de los efectos secundarios del tratamiento incluía la disminución o pérdida de fertilidad, por ello **los Facultativos que tratan a la paciente proponen una interconsulta con Ginecología para programar una preservación de corteza ovárica**. Se derivó a Valencia, al Hospital Dr. P. con una ambulancia, con el fin de realizar la criopreservación ovárica por medio de laparoscopia, regresando al H. San Pedro el día siguiente con el fin de comenzar con tratamiento propuesto.

- Se inicia el tratamiento de bolus de Ciclofosfamida® mensual durante seis meses, el 10 de marzo y finalizando el 25 agosto de 2009. Es el **único tratamiento** que, según el conocimiento científico, puede controlar la Insuficiencia Renal y el Síndrome Nefrótico que sufre la paciente, al haber fracasado el tratamiento con corticoides.

- Tras completar el tratamiento inmunosupresor, es vista en consulta externa en octubre de 2009 y, tras comprobar la poca respuesta al tratamiento instituido, se decide realizar una nueva biopsia. En el informe anatomopatológico se diagnostica como "Glomeruloesclerosis focal terminal, no excluyendo la posible evolución de una endoteliosis asociada al embarazo".

- Todo lo anteriormente relatado confirma lo poco frecuente de la entidad que ha sufrido la paciente, la agresividad del cuadro y la inexistencia de un tratamiento específico científicamente probado según la bibliografía aportada. Se ha actuado según la *lex artis* al instaurar los procedimientos y el tratamiento más adecuado con el fin de obtener la respuesta esperada.

FINALMENTE:

- La patología de la paciente es infrecuente y con una evolución extremadamente tórpida, lo que desemboca en la Insuficiencia Renal, tratada en la actualidad mediante el Trasplante renal vivo, al que se ha sometido en Galicia.

- Su Médico de AP, ante la primera analítica alterada (8 de mayo de 2008), debería haber investigado esa proteinuria, aunque no tenía sintomatología añadida y, en cambio, había un embarazo, el ortoestatismo habitual en la paciente, posible infección, etc, que podía alterar los resultados. También hemos de señalar la poca o nula sintomatología asociada, ya que, hasta enero de 2009, no se comienza con cifras realmente altas de TA; es en ese momento cuando se solicita nueva analítica y se instaura tratamiento diurético específico. Puntualmente, ha tenido edemas, justificados por ortoestatismo y anticonceptivos hormonales, así como tomas de TA en límites altos, que se ha intentado vigilar, pero la paciente no ha acudido a su MP para controlar.

- No se puede asegurar que el retraso en el estudio de su patología renal sea el causante de la Insuficiencia Renal y las complicaciones añadidas de la entidad nosológica que sufrió la paciente.

- La Endoteliosis glomerular es infrecuente y ha tenido una evolución rápida y complicada hacia la Insuficiencia Renal, no existiendo ningún tratamiento específico para dicha entidad, por lo que no se puede asegurar que se hubiese podido frenar el fatal desenlace. Se han instaurado todos los tratamientos existentes en la actualidad con el fin de controlar la evolución de la enfermedad hacia la

Insuficiencia Renal Terminal.

- *Considero, en conclusión, que los Facultativos de Atención Primaria, en un primer momento, no consideraron la posibilidad de una enfermedad renal en una paciente joven sin síntomas añadidos ni antecedentes personales que pudieran hacer sospechar la trascendencia de los valores analíticos. Esta analítica, vista en el contexto del embarazo, pudo encubrir o enmascarar la importancia de los mismos y no haber seguido investigado el origen de los mismos.*

- *En cuanto a las medicaciones que se le han prescrito a la paciente para tratamiento puntual de ciertas afecciones, (antimigrañosos, antiinflamatorios, diuréticos...), no puede decirse que se han dispensado para tratamientos continuados de manera crónica, por lo que no están contraindicados, como he referido anteriormente en pacientes renales, aunque sí se debe controlar su dosificación. No es éste el caso de la paciente, ya que no se conocía su enfermedad renal cuando se prescribieron.*

- *Los Especialistas de Nefrología que han atendido a (la paciente), así como el resto de Especialistas implicados en el caso, actuaron de acuerdo a la *lex artis* y al saber científico, respondiendo en cada momento al estado clínico del paciente.”*

Octavo

Mediante escrito de 12 de marzo, presentado el día inmediato siguiente en la Delegación del Gobierno de La Rioja, el Letrado de la reclamante interesa que, transcurrido el plazo máximo para resolver, la Administración resuelva expresamente en el término de quince días o, subsidiariamente, emita el obligatorio certificado acreditativo del silencio administrativo causado.

La Instructora contesta el siguiente 20 de marzo indicando la innecesariedad de la acreditación solicitada a efectos de la interposición del recurso contencioso administrativo, que puede interponer la interesada.

Noveno

Obra a continuación en el expediente el dictamen médico emitido a instancia de la Aseguradora del SERIS, de fecha 18 de abril de 2013, que establece las siguientes conclusiones:

“1. Las alteraciones de la analítica que se realizó para el diagnóstico del embarazo en mayo de 2008 fueron correctamente atribuidas a las alteraciones normales de dicho estado.

*2. La enfermedad renal que padeció la paciente es muy poco frecuente y no se conoce ni la causa que la produce ni **ningún tratamiento eficaz** ni para retrasar la evolución de la misma ni para evitar que se produzca el fracaso renal completo.*

*3. La **única** solución definitiva es la realización de un trasplante renal, como se hizo.*

4. Tras el trasplante realizado, la paciente tiene una función renal normal.

5. *La administración del antiinflamatorio, que podría hacer progresar la enfermedad renal, se administró cuando no se conocía la existencia de la misma, por lo que no hubo mala práctica.*

6. *No hay pruebas de que su administración hayan empeorado la situación de la paciente.*

7. *El resto de fármacos empleados no tienen relación con la evolución de la enfermedad.*

8. *La actuación de los Médicos fue correcta y no fue responsable de ninguno de los problemas sanitarios que tiene la paciente.”*

Décimo

Mediante escrito de 26 de abril, la Instructora se dirige al Letrado de la reclamante dándole trámite de audiencia y, el siguiente día 6 de mayo, comparece dicho Letrado en el Servicio de Asesoramiento y Normativa y se le proporciona copia de todos los documentos obrantes en el procedimiento.

Décimo primero

El Letrado formula alegaciones por escrito de 24 de mayo, insistiendo en sus argumentos y en la actuación negligente y contraria a la *lex artis* de los profesionales del Servicio Riojano de Salud.

Décimo segundo

Con fecha 1 de julio de 2013, la Instructora del expediente emite la Propuesta de resolución en el sentido de que se desestime la reclamación por estar prescrita a la acción de reclamar y por no ser imputable el perjuicio alegado al funcionamiento de los Servicios públicos sanitarios.

Décimo tercero

El Secretario General Técnico, el día 5 de julio de 2013, 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 a la Propuesta de resolución el siguiente día 12 de julio.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente con fecha 26 de julio de 2013, registrado de entrada en este Consejo del 30 de julio de 2013, el Excmo. Sr. Consejero de Salud y Servicios Sociales del Gobierno de La Rioja, remitió al Consejo Consultivo de La Rioja, para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

El Sr. Presidente del Consejo Consultivo de La Rioja, mediante escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente el 1 de agosto de 2013, procedió, en nombre de dicho Consejo, a acusar recibo de la consulta, a declarar provisionalmente la misma bien efectuada, así como a apreciar la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

Tercero

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 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.

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 hoy vigente, limita la preceptividad de nuestro dictamen a las reclamaciones de cuantía indeterminada o superiores a 50.000 euros.

Al reclamarse por la interesada la cantidad de 379.719,38 euros, no cabe dudar del carácter preceptivo de nuestro dictamen.

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 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

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 LPAC) 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, ajustandose 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 prescripción

La Propuesta de resolución considera prescrita la acción de reclamar que debe ejercitarse, por exigencia de lo dispuesto en el art.142.5 de la Ley 30/1992 y en el art. 4.2 del Real Decreto 429/1993, regulador de los procedimientos de responsabilidad patrimonial, en el plazo de un año a partir de que se produzca el hecho o acto lesivo que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo.

Considera la Instructora que el *dies a quo*, que ha de tomarse para el inicio del cómputo del plazo prescriptivo, es la fecha en que desapareció el síndrome nefrótico y se recuperó la función renal tras la realización del trasplante, el 3 de agosto de 2010, constando el informe de alta del siguiente día 9 “*transplante renal de donante vivo, funcionante*”, siendo en ese momento cuando se produjo la estabilización de las secuelas.

Aun tomando como *dies a quo*, como fecha más favorable a la reclamante, la del último informe médico que aporta, de 29 de agosto de 2011, en el que consta “*clínicamente la situación es satisfactoria*”, al presentarse el escrito interponiendo la reclamación el 7 de septiembre de 2012, la acción estaría prescrita al haber pasado más de un año.

Coincidiendo con la Propuesta de resolución, entendemos que la reclamación es extemporánea, por tratarse de un supuesto bastante claro de daños permanentes, que la doctrina y la jurisprudencia han distinguido de los continuados, a efectos precisamente del cómputo del término de la prescripción.

Cita la Propuesta, en efecto, la Sentencia de la Sala de lo Contencioso del Tribunal Supremo de 24 de febrero de 2009, según la cual, “*en supuestos como el presente, debido*

a la gravedad de las secuelas o lesiones permanentes el perjudicado necesita de un tratamiento continuado después de la determinación del alcance de las lesiones, pero ello no significa que las secuelas no estén consolidadas, es decir, que no se conozca el alcance del resultado lesivo producido, momento en el que se inicia el cómputo para el ejercicio de la acción de responsabilidad... ”.

Ya hemos tratado, en dictámenes anteriores, de los daños permanentes en relación con el instituto de la prescripción, en concreto, de la determinación del día inicial para el cómputo del plazo. Así, por citar uno relativamente reciente, en el Dictamen 64/12 decíamos que:

“Daño permanente no es sinónimo de intratable, sino que hace alusión a una lesión irreversible e incurable, cuyas secuelas quedan perfectamente determinadas desde la fecha en que tiene lugar el alta médica o se efectúa el diagnóstico, sin que ello pueda confundirse con los padecimientos que derivan de la enfermedad susceptibles de evolucionar en el tiempo...”.

“Existe un daño permanente, aun cuando en el momento de su producción no se haya recuperado íntegramente la salud, si las consecuencias resultan previsibles en su evolución y en su determinación, siendo, por tanto, cuantificables”.

“En el daño permanente, los tratamientos paliativos ulteriores o encaminados a obtener una mejor calidad de vida, a evitar complicaciones en la salud o a obstaculizar la progresión de la enfermedad, no enervan la realidad incontestable de que el daño ya se había manifestado en todo su alcance”.

“Nos encontramos ante unos daños permanentes si los mismos derivan de una lesión irreversible e incurable, aunque, una vez diagnosticada, pueda ser objeto de tratamientos paliativos con el objeto de mejorar los padecimientos que derivan de la enfermedad y la calidad de vida del paciente”.

Afirmaciones las que anteceden perfectamente predicables al caso ahora sometido a dictamen.

Cierto es que el Letrado de la reclamante pretende tomar como referencia, en todo caso, el informe del INSS, de fecha 7 de septiembre de 2011, que acompaña a su escrito inicial señalado con el número 30. Sin embargo, el citado informe no hace sino confirmar la doctrina antes expuesta y la tesis de la Propuesta de resolución, por cuanto que se trata de la decisión adoptada en revisión de oficio del grado de incapacidad reconocido con anterioridad y su comunicación a la interesada, y, en esta comunicación, se dice textualmente:

*“En virtud del reconocimiento médico que le ha sido practicado por la Unidad Médica del Equipo de Valoración de Incapacidades, y a la vista del informe emitido por el mismo, y demás documentos obrantes en el expediente, se deduce que **no se ha producido variación** en el estado de*

sus lesiones que determine la modificación del grado de incapacidad que tiene reconocido, por lo que se le informa que continúa afectado del mismo grado de incapacidad”.

Si el informe en cuestión confirma el grado de incapacidad reconocido anteriormente, al no haberse producido variación en el estado de las lesiones de la reclamante, es evidente que, ya con anterioridad al 7 de septiembre de 2011, se habían estabilizado las secuelas y determinado su alcance, por lo que, al presentarse la reclamación el 7 de septiembre de 2012, había transcurrido con exceso el término prescriptivo del año.

Cuarto

Sobre la existencia de responsabilidad patrimonial en el presente supuesto

Pese a estimar prescrita la acción para reclamar, debemos entrar en el fondo del asunto a fin de analizar si concurren o no los presupuestos que determinan la responsabilidad patrimonial de la Administración pública sanitaria.

Es evidente la existencia de un daño materializado en un largo proceso patológico que desemboca en la necesidad de practicar un trasplante de riñón, de donante vivo, afortunadamente y al parecer con éxito.

No se alega por la reclamante defecto de información suficiente, por lo que la responsabilidad derivaría, en su caso, de una infracción de la *lex artis* de los Facultativos que la atendieron a lo largo de dicho proceso. Infracción que, según se deduce de los escritos inicial y de alegaciones de la reclamante, puede concretarse en la falta de diagnóstico de la patología renal cuando ya había pruebas analíticas que permitían sospecharla, la prescripción y administración de medicamentos contraindicados en casos de insuficiencia renal y el retraso en el diagnóstico acertado que pudo entrañar una pérdida de oportunidad.

Sin embargo, las conclusiones que en el indicado sentido deduce el Letrado de la interesada de las pruebas analíticas practicadas antes de enero de 2009, fecha en que ya se aprecia un deterioro claro de la función renal y se realizan las pruebas que permiten diagnosticar la endoteliosis glomerular, son apreciaciones que, aparte de su presumible parcialidad, se emiten por quien no acredita la cualificación científica necesaria para enjuiciar un proceso médico.

Por nuestra parte, legos también en conocimientos médicos y a falta de cualquier otra prueba, hemos de atenernos a los informes que obran en el expediente de cuantos intervinieron en el proceso asistencial, así como al de la Inspección médica y al emitido a instancia de la Aseguradora.

El Tribunal Supremo entiende, a este respecto, que los informes clínicos de los servicios implicados, que aparecen incluidos en el expediente administrativo, aunque hayan sido emitidos por Facultativos que intervinieron en la atención médica dispensada al paciente, o por el personal integrado en las Unidades asistenciales del Centro en el que se prestó, o por técnicos ligados a la Administración demandada por una relación funcional, no dejan de ser instrumentos de prueba incorporados al proceso y utilizables, por ello, para formar con fundamento una convicción judicial consecuente sobre los hechos ocurridos. Así, entre otras, la STS de 11 de octubre de 2011 dictada en el recurso de casación núm. 3664/2007.

En el caso sometido a dictamen, tales informes contradicen la afirmación de que los niveles anormalmente altos de leucocitos, proteínas y creatinina que dan los análisis, que se realizan a la paciente en mayo y meses posteriores de 2008, revelan un problema renal al que los Facultativos hicieron caso omiso, coincidiendo en rechazar una mala praxis al ser tales alteraciones de las analíticas correctamente atribuidas a las alteraciones normales de embarazo, siendo también la anemia frecuente en dichas situación de gravidez.

Asimismo, puede causar alteraciones en el resultado de los análisis el tratamiento anticonceptivo hormonal a que se sometió la interesada tras la interrupción voluntaria de su embarazo, uno de cuyos efectos secundarios, además, es el aumento de peso y la retención de líquidos (edemas), síntomas que también presentó la interesada y atribuye a la patología renal ya existente y no diagnosticada.

Si a ello añadimos que la etiología de la endoteliosis glomerular es desconocida, que la enfermedad es muy poco frecuente y no se conoce ningún tratamiento eficaz ni para retrasar la evolución de la misma ni para evitar que se produzca el fracaso renal completo, habremos de coincidir con los repetidos informes en que la actuación de los Facultativos fue correcta, sin que pueda imputarsele ninguno de los problemas sanitarios que presentó la paciente.

Tampoco puede atribuirse mala praxis a la prescripción de determinados medicamentos contraindicados en pacientes con función renal deteriorada, por cuanto, al tiempo de prescribirse, no se sabía que la interesada padeciese una posible insuficiencia renal. Además, ha de considerarse que estas medicaciones no son para un tratamiento diario sino en los momentos de crisis; es un tratamiento puntual no continuo, y que todos los fármacos utilizados en humanos se metabolizan por riñón o hígado por lo que, en todas las fichas técnicas de los medicamentos, siempre se constata la advertencia: *“precaución en pacientes con enfermedad renal, hepática o con ambas”*.

Finalmente, las ya referidas características de la enfermedad permiten concluir que, aún habiéndose diagnosticado precozmente, no se hubiese podido frenar su tórpida evolución ni evitar el desenlace del trasplante.

CONCLUSION

Única

Procede desestimar la reclamación planteada por estar prescrita la acción y, subsidiariamente, por no concurrir criterio positivo de imputación de responsabilidad al ser acorde a la *lex artis ad hoc* la actuación de los Servicios públicos sanitarios.

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