

En Logroño, a 17 de enero de 2014, 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. José M^a Cid Monreal, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

3/14

Correspondiente a la consulta formulada por el Excmo. Sr. Consejero de Salud en relación con la *reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria formulada por D. A. G. P. por daños y perjuicios que entiende causados por retraso en el diagnóstico y el tratamiento de un infarto de miocardio y que valora en 227.737,81 euros.*

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

En fecha 18 de junio de 2012, mediante correo certificado, por el citado paciente se formula escrito de reclamación de daños y perjuicios por responsabilidad patrimonial de la Administración, en reclamación de la cantidad de 192.000 euros, haciendo constar el siguiente relato de hechos:

“El compareciente, el 19 de junio de 2011, sobre las 4,30 horas de la madrugada, nada más desvestirse para ir a dormir, notó un dolor fuerte en forma de presión en el lado izquierdo del pecho, con dificultad para respirar, notando, asimismo, nauseas y que, al ponerse en posición horizontal, se le cortaba la respiración.

Alarmado, inmediatamente acudió al Servicio de Urgencias del Centro de Salud “Puerta de Arnedo”, donde se le tomaron los datos por un Auxiliar en el mostrador sobre las 5,10 horas, diciéndole que esperara.

Al poco, salió una Enfermera a la que informó de que tenía un fuerte dolor en el pecho y dificultad para respirar y nauseas, la misma le puso una pinza en el dedo, dijo que no era nada y que se tenían que ir a una urgencia con el doctor, en un taxi que les esperaba en la calle.

El compareciente estuvo esperando dando vueltas por la sala ya que tenía mucho dolor y no se podía ni sentar ya que, si lo hacía, tenía más dolor y respiraba peor.

Sobre las 5,50 horas, volvieron la Enfermera y el Doctor de la urgencia, insistiendo aquélla en comentarios sobre si había estado bien la verbena y la fiesta del día anterior, que ya le había realizado antes, de forma irónica.

Finalmente, pasó a la consulta, realizándole la Enfermera una punción en el dedo, al parecer, para comprobar el azúcar en sangre, después apareció el Doctor, al que le explicó, con todo detalle, lo que le ocurría, el cual, sin ni siquiera auscultarle, le dijo “no te preocupes que no es ningún infarto”. Le dijo que era una inflamación de los músculos, que le podía durar varios días, diciéndole a la Enfermera que le pusiera un nolutil y un anti inflamatorio.

En el Centro de Salud, no le dieron ningún documento justificativo de la asistencia.

El compareciente se fue a su casa, lo que le demoró un buen rato, ya que tenía que pararse cada poco, unas 8 o 10 veces, antes de llegar. Se metió en la cama, donde aguantó hasta las 11,30 horas de la mañana, sin poder dormir. Al levantarse, viendo que continuaba el dolor agudo, decidió que le llevaran a Urgencias del Hospital San Pedro de Logroño.

Al llegar allí, explicó lo sucedido, le preguntaron si no le habían hecho un electrocardiograma, a lo que contestó que no, le llevaron a un “box” para realizar pruebas y, al poco, salió un Doctor que le dijo que lo que tenía era “un infarto confirmado”, pero que, al haber pasado tantas horas desde que sucedió, sólo se podía esperar a ver como progresaba y tratar de que no se volviera a repetir. También le dijo que, si se hubiera detectado pronto, se hubieran podido evitar los daños en el corazón, con un tratamiento fibrinolítico y que la detección era muy fácil con un simple electrocardiograma.

El compareciente fue trasladado a la Unidad de Medicina Intensiva del Hospital San Pedro, y, al no remitir el dolor, fue enviado con urgencia a la Unidad Coronaria del Hospital de Navarra por si estimaba necesario realizar un cateterismo de urgencia. Al no estimarse necesario, se le remitió de nuevo al Hospital San Pedro de Logroño, donde, en fecha 23 de junio, se le realizó finalmente, un cateterismo cardiaco programado, desobstruyéndole la CD media y colocándole sendos stents de 3X26 y 3X18 mm.

La defectuosa atención médica recibida ha tenido como consecuencia un daño de importancia, como es la necrosis de parte de los músculos cardiacos, y una insuficiencia mitral ligera.

Que el daño sufrido, aparte la defectuosa atención recibida, es la pérdida de la oportunidad de haber reducido, o incluso evitado, la necrosis del músculo cardiaco.

Por todo ello, el compareciente debe de ser indemnizado, según la siguiente relación: i) por el daño moral causado a la misma por la muy defectuosa asistencia prestada por ese Servicio, 12.000 euros; ii) por la secuela padecida en forma de necrosis miocárdica, 120.000 euros y iii) por la incapacidad que le supone para las actividades físicas de cierta intensidad que pretendiera realizar, 60.000 euros.

A la citada reclamación, se adjunta diversa documentación relativa a la asistencia prestada.

Segundo

En fecha 22 de junio de 2012, se dicta Resolución en la que se indica que se tiene por iniciado procedimiento general de responsabilidad patrimonial, se nombra Instructora del mismo y se comunica al reclamante, diversa información relativa a la instrucción del mismo.

Tercero

En fecha 26 del mismo mes, se solicita de la Dirección Gerencia del Área de Salud de La Rioja, Hospital *San Pedro*, cuantos antecedentes existan de la atención prestada al reclamante en los Servicios de Urgencias y Cardiología del Hospital, su historia clínica relativa a la asistencia objeto de reclamación y, en particular, el informe de los Facultativos que le atendieron, comunicándose igualmente la reclamación a la Correduría de Seguros con la que se tiene contratada la póliza de responsabilidad civil. La citada documentación consta a continuación en el expediente administrativo, tras ser reiterada en diversas ocasiones.

Cuarto

En el expediente consta a continuación un informe de la Inspección médica, solicitado por el Servicio de Asesoramiento y Normativa de la Consejería de Salud, emitido el 15 de enero de 2013 cuyas conclusiones son las siguientes:

Estamos ante un paciente que acudió a su Centro de salud para ser atendido por el equipo médico de guardia, aquejado de un cuadro de dolor en el pecho. El paciente fue valorado, diagnosticado de un cuadro de dolor de origen musculoesquelético y dado de alta. La actuación del equipo médico que atendió (al paciente) no fue la adecuada, lo que dio lugar a un retraso en el diagnóstico de unas 8-9 horas.

Se debió haber realizado un ECG (al paciente). Si bien es cierto que no en todos los casos de dolor pectoral es necesaria la realización de esta prueba, la bibliografía consultada por esta Inspección establece, sin lugar a dudas, que, salvo que se haya determinado que el dolor es de origen traumático de forma fehaciente, se deberá realizar un ECG en todos los casos de dolor pectoral.

No vamos a entrar en las diferencias entre el tipo de dolor según está descrito en distintos informes, primero, porque no es relevante, teniendo en cuenta lo expuesto en el punto anterior; y, segundo, porque el informe correspondiente a la atención prestada en el Centro de salud se realizó más de dos meses después del episodio en cuestión.

No se puede tampoco poner en duda la afirmación de que se produjo un retraso diagnóstico, es decir, que, aproximadamente a las 06,00 horas del día 19 de junio de 2011, momento en que (el paciente) fue atendido en su Centro de salud, el cuadro de dolor que presentaba era de origen cardíaco, sin perjuicio de que pudiera sufrir también dolor de tipo osteomuscular a nivel costal. Podemos realizar esta afirmación porque, siempre según la bibliografía consultada, los valores de

troponina T que aparecen elevados en los casos de necrosis miocárdica, no comienzan a aumentar hasta pasadas 6-8 horas del inicio del cuadro.

En la copia del informe de Laboratorio que se adjunta y que está fechada a las 14,17 horas del día 19-6-2011, la troponina T ya aparece anormalmente elevada, por lo que cabe pensar que la sintomatología que presentaba el paciente en la madrugada del día 19 era, al menos en parte, cardíaca en origen.

(El paciente) no recibió tratamiento ni mediante fibrinólisis ni mediante angioplastia primaria o de rescate.

No está adecuadamente justificado el por qué de la no utilización del tratamiento fibrinolítico en este caso, toda vez que, a las 14,17 horas del día 19-6-2011, ya se contaba, además de con la clínica, con un ECG con cambios propios de isquemia miocárdica inferior y con los resultados analíticos que claramente confirmaban el diagnóstico. En ese momento, el paciente ya estaba en un entorno hospitalario y, poniendo el inicio de los síntomas a las 05,00 horas de la mañana, está claro que aún se encontraba dentro de la ventana de 12 horas que es establecida como límite para la administración del tratamiento fibrinolítico.

Tampoco está adecuadamente justificado el traslado a un Centro fuera de La Rioja para la realización de una angioplastia de rescate postrombolisis o de una angioplastia primaria para la que se aplica un similar criterio temporal que para la fibrinólisis, o lo que es lo mismo, que si, desde el punto de vista del Servicio de Cardiología del Hospital San Pedro, ya era tarde para el tratamiento fibrinolítico, también lo era para el tratamiento angioplástico.

Lógicamente, no se llevaron a cabo ninguno de estos procedimientos en Pamplona, si bien no puede decirse que se derivara daño alguno del traslado.

Quinto

En fecha 22 de febrero, la Instructora acuerda admitir la prueba documental propuesta en el escrito inicial de la reclamación, denegando la testifical igualmente solicitada en ese escrito.

Posteriormente, se notifica al reclamante la apertura del trámite de audiencia, que es evacuado mediante escrito de fecha 5 de noviembre de 2013, en el que modifica su petición indemnizatoria inicial, con arreglo al siguiente desglose:

*Conceptos indemnizables: i) días de hospitalización: 16, a razón de 69,61 euros, 113,76 euros; ii) días de incapacidad: 218, a razón de 56,60 euros, 12.338,80 euros; iii) factor corrector por ingresos: 10%, 1.245,25 euros; iv) por el daño moral causado a la misma por la muy defectuosa asistencia prestada por ese servicio: 12.000 euros; v) por la secuela padecida en forma de necrosis miocárdica: 120.000 euros; vi) por la incapacidad que le supone para las actividades físicas de cierta intensidad que pretendiera realizar: 60.000 euros; y vii) medicación de por vida (Adiro y Vernies) calculado su precio y su actualización según IPC del 1% anual estimado para un periodo de 40 años: 22.040 euros. **Total indemnización: 227.737, 81 euros.***

Sexto

El 18 de noviembre de 2013, se dicta Propuesta de resolución que, estimando parcialmente la reclamación formulada, fija en la cantidad de **diez mil seiscientos veintiocho euros** (10.628 euros) la indemnización a percibir por el reclamante como reparación integral de los daños derivados del funcionamiento de los servicios públicos sanitarios. La misma es informada favorablemente por los Servicios Jurídicos en fecha 5 de diciembre.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente con fecha 18 de diciembre de 2013, registrado de entrada en este Consejo el día 19 de diciembre 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 día 23 de diciembre 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

Asignada la ponencia al Consejero señalado 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 del Dictamen del Consejo Consultivo

El artículo 12.1 del Reglamento de los procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, aprobado por el 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 Ley 7/2011, de 22 de diciembre, remite a la normativa reguladora de los procedimientos de responsabilidad patrimonial, legislación estatal, para la determinación del carácter preceptivo de los dictámenes. Por aplicación de dicha normativa, el dictamen será preceptivo cuando la indemnización reclamada sea de cuantía igual o superior a 50.000 euros, a partir de la entrada en vigor de la citada Ley 7/2011. Por lo tanto y reclamándose una cantidad de 227.737,81 euros, nuestro dictamen resulta ser preceptivo.

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 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen jurídico de las Administraciones públicas y del procedimiento administrativo común (LPAC).

Segundo

Sobre la responsabilidad patrimonial de la Comunidad Autónoma de La Rioja

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 para la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, si bien en estos casos y como señala la Propuesta de resolución, la obligación del profesional médico y la Administración sanitaria es una obligación *de medios y no de resultado*, de manera que, en principio, cuando se actúe de acuerdo con la *lex artis*, los daños no le pueden ser imputados a la Administración, o lo que es lo mismo, no tendrían la condición de antijurídicos, so pena de incurrir en el despropósito que supondría el exigir a la Administración que garantice siempre la curación de los pacientes.

Como venimos indicando con reiteración al dictaminar sobre responsabilidad patrimonial de la Administración, cualquiera que sea el ámbito de su actividad en que se manifieste ésta, lo primero que inexcusablemente debe analizarse en estos expedientes es lo que hemos llamado la relación de causalidad en sentido estricto, esto es, la determinación, libre de conceptos jurídicos, de cuáles son las causas que objetivamente explican que un concreto resultado dañoso haya tenido lugar. Para detectar tales causas, el criterio por el que hay que guiarse no puede ser otro que el de la *condicio sine qua non*, conforme al cual un determinado hecho o conducta ha de ser considerado causa de un resultado dañoso cuando, suprimido mentalmente tal hecho o conducta, se alcance la conclusión de que dicho resultado, en su configuración concreta, no habría tenido lugar.

Sólo una vez determinada la existencia de relación de causalidad en este estricto sentido y aisladas, por tanto, la causa o causas de un concreto resultado dañoso, resulta posible entrar en la apreciación de si concurre o no el criterio positivo de imputación del que se sirva la ley para hacer responder del daño a la Administración, que no es otro que el del funcionamiento normal o anormal de un servicio público a su cargo, y de si concurren o no criterios negativos de esa imputación, esto es, de alguno de los que, expresa o tácitamente, se sirva la ley para negar esa responsabilidad en los casos concretos.

En el caso sometido a nuestra consideración, no existe discusión acerca de que existió un funcionamiento anormal en el servicio prestado al reclamante, que no es negado por ninguna otra parte. Dicho funcionamiento defectuoso se produce, primeramente, por la no realización de un electrocardiograma, cuando el paciente acude al Centro de salud de su localidad. Ello impidió que se le diagnosticase el infarto de miocardio, cuando éste estaba iniciándose, impidiendo, por lo tanto, la inmediata aplicación de tratamiento fibrinolítico, que está acreditado que, en los casos de infarto de miocardio, puede reducir, o incluso eliminar, el área de necrosis.

Pero es que, además, del informe del Médico inspector, se desprende que, incluso cuando el paciente acudió al Servicio de Urgencias del Hospital *San Pedro*, no está suficientemente acreditado el por qué no se le prescribió en el mismo el citado tratamiento, toda vez que, según el informe de la Inspección médica, a las 14,17 horas del día 19/06/2011, ya se contaba, además de con la clínica, con un ECG con cambios propios de isquemia miocárdica inferior y con los resultados analíticos que claramente confirmaban el diagnóstico. En ese momento, el paciente ya estaba en un entorno hospitalario, y, si los síntomas se iniciaron a las 5,00 del día 19 de junio, cuando se conocen los datos de los análisis efectuados, se estaba dentro de la ventana de las 12 primeras horas, que es la establecida como límite para la administración de tratamiento fibrinolítico. Por lo tanto, parece que existe un doble error, que afortunadamente no ha tenido peores consecuencias de las que pudieron haber acontecido.

Tercero

Sobre la cuantía de la indemnización

No existiendo ninguna duda sobre la existencia de una defectuosa prestación del servicio sanitario, queda pendiente la cuantificación de la indemnización que corresponde percibir al reclamante, para lo que ya tenemos una primera dificultad y es el hecho de desconocer cuál hubiese sido la evolución de la enfermedad de no haber mediado ese error, aunque ya hemos de anticipar que no compartimos, ni la cantidad solicitada, ni la reconocida en la Propuesta de resolución.

En el escrito de reclamación, se indica que lo que es objeto de la misma y lo que constituye el daño, es la pérdida de oportunidad de haber reducido, o incluso evitado, la necrosis del músculo cardíaco. Y, a este particular, hay que hacer referencia al informe emitido por la Sección de Cardiología del Hospital, en el que se indica que, si bien la fracción de eyección del ventrículo izquierdo era del 55%, ésta se encuentra dentro del límite bajo-normal, por lo no se presentaría un incremento significativo *a posteriori* de insuficiencia cardíaca.

Sin embargo, el paciente también presenta una insuficiencia mitral ligera, de etiología isquémica, que empeora el pronóstico, con riesgo de mortalidad más elevado, en años sucesivos. Esto es evidente que agrava las consecuencias de la deficiente atención prestada, pues existe un riesgo cierto de sufrir una insuficiencia cardíaca en el futuro, por más que, como se indica en el citado informe, para valorar más adecuadamente el pronóstico del paciente, hubiese sido necesario conocer los datos de un ecocardiograma realizado a partir de los tres meses post-infarto.

Las consecuencias de la omisión de dicha prueba, sólo pueden ser imputadas a la propia Administración, pues tenía todas las facilidades para haberla llevado a cabo. Por lo anterior, no parece que nos encontremos ante un caso claro de pérdida de oportunidad, pues estos supuestos, tal y como vienen considerados en la jurisprudencia, se conciben como una figura alternativa a la quiebra de la *lex artis*, no siendo preciso acudir, en este caso a la misma.

Como indica la reciente Sentencia de la Sala 3ª del Tribunal Supremo de 2 de enero de 2012:

*“Podemos recordar la reciente Sentencia de esta Sala y Sección de veintisiete de septiembre de dos mil once (PROV 2011, 350537), recurso de casación 6280/2009, en la que se define la doctrina de la pérdida de oportunidad, recordando otras anteriores: Como hemos dicho en la Sentencia de 24 de noviembre de 2009 (RJ 2009, 8082), recurso de casación 1593/2008: "La doctrina de la pérdida de oportunidad ha sido acogida en la jurisprudencia de la Sala 3ª del Tribunal Supremo, así en las Sentencias de 13 de julio (RJ 2005, 9611) y 7 de septiembre de 2005 (RJ 2005, 8846), como en las recientes de 4 (RJ 2007, 6617) y 12 de julio de 2007 (RJ 2007, 4993), configurándose como una figura alternativa a la quiebra de la *lex artis* que permite una respuesta indemnizatoria en los casos en que tal quiebra no se ha producido y, no obstante, concurre un daño antijurídico consecuencia del funcionamiento del servicio. Sin embargo, en estos casos, el daño no es el material correspondiente al hecho acaecido, sino la incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse seguido en el funcionamiento del servicio otros parámetros de actuación, en suma, la posibilidad de que las circunstancias concurrentes hubieran acaecido de otra manera. En la pérdida de oportunidad hay, así pues, una cierta pérdida de una alternativa de tratamiento, pérdida que se asemeja, en cierto modo, al daño moral y que es el concepto indemnizable. En definitiva, es posible afirmar que la actuación médica privó al paciente de determinadas expectativas de curación, que deben ser indemnizadas, pero reduciendo el montante de la indemnización en razón de la probabilidad de que el daño se hubiera producido, igualmente, de haberse actuado diligentemente”.*

Por lo tanto, en el caso sometido a nuestra consideración ha existido actuación facultativa contraria a la *lex artis*, al no haberse realizado en su momento un electrocardiograma y no haberse dispensado un tratamiento fibrinolítico en el momento apropiado. Y ello ha supuesto dejar unas secuelas físicas, que en el futuro pueden agravar el riesgo de insuficiencia cardíaca e incluso la muerte prematura. Evidentemente, este daño no está previsto en el baremo de la Ley 8/2004, por lo que debemos realizar una estimación acerca de la entidad del perjuicio. La Propuesta de resolución sólo tomó en consideración, en cuanto a secuelas, la fracción de eyección del ventrículo izquierdo, pero no tiene en cuenta la insuficiencia mitral ligera de etiología isquémica, que, a largo plazo, es de peor pronóstico, tal y como ya se ha manifestado.

Así las cosas, consideramos más ajustada a la entidad real del daño sufrido, atendiendo a que se trata de un hombre joven, la necesidad de tomar medicación de por vida, y el riesgo cierto de una insuficiencia cardíaca, la cantidad de 40.000 euros.

CONCLUSIONES

Primera

A juicio de este Consejo Consultivo, la presente reclamación debe ser estimada parcialmente, en los términos contenidos en el cuerpo de este dictamen.

Segunda

La indemnización a percibir por el reclamante queda fijada por todos los conceptos en la cantidad de 40.000 euros, cantidad que deberá ser abonada en metálico, con cargo a la partida presupuestaria correspondiente.

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