

En Logroño, a 28 de febrero de 2008, 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. José M^a Cid Monreal y D^a M^a del Carmen Ortiz Lallana, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D^a M^a del Carmen Ortiz Lallana, emite, por mayoría y con un voto particular del Consejero D. Pedro de Pablo Contreras, el siguiente

DICTAMEN

25/08

Correspondiente a la consulta formulada por el Excmo. Sr. Consejero de Salud, en relación con el procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial promovido por D. A. L. T., como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada en el Servicio de Urgencias del Hospital *San Millán*.

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del Asunto

Primero

Mediante escrito de 23 de abril de 2007 - con entrada en la Oficina General de Registro del Gobierno de La Rioja, de la misma fecha-, D. E. L. D. presenta ante el Gobierno de La Rioja reclamación por responsabilidad patrimonial de la Administración, manifestando que la asistencia recibida en el Servicio de Urgencias del Hospital *San Millán* ha sido inadecuada y que otro tipo de actuaciones podrían haber evitado el fallecimiento de su padre y el daño moral producido tanto a su madre como a él mismo.

En particular, denuncia que su padre fue trasladado al Servicio de Urgencias "*debido a que sufrió una caída en su domicilio, que le provocó una herida en región nasal y una fuerte hemorragia al estar en tratamiento con Sintrom*"; y que, mientras lo atendían, no se le pidió a él información sobre los antecedentes médicos del paciente. En su opinión, tales antecedentes no fueron tenidos en cuenta para dispensarle la atención adecuada y culpa a la profesional que le atendió "*de una dejación de sus obligaciones y de responsabilidad en el fatal desenlace*" (folios 1 a 9 del expediente administrativo).

Adjunta a su escrito de reclamación la siguiente documentación:

- Certificado de defunción de D. A. L. T. (Doc. 1, pág 10);
- Informe de asistencia de Urgencias (Doc. 1B, pág. 11.),
- Escrito de 12 de julio de 2006 -de entrada en la Oficina General del Registro el mismo día- remitido al Defensor del Usuario de la Consejería de salud (Doc. 2 , págs. 12 y 13);
- Escrito del Defensor del Usuario al reclamante, de fecha 19 de julio de 2006 -Registro de salida del día siguiente- (Doc. 8, págs. 14 y 15);
- Escrito dirigido al Servicio de Atención al Paciente de 12 de julio de 2006- registro de entrada de 27 de julio del mismo año-(Doc. 4, págs. 16 y 17),
- Escrito de respuesta al Defensor del Usuario - registro de 22 de septiembre- por la Directora gerente del Área de Salud II, de fecha 11 de septiembre de 2006 (Doc. 5, pág. 18);
- Escrito de respuesta del Defensor del Usuario al reclamante, de fecha 13 de noviembre de 2006-registro de 21 del mismo mes y año- (Doc. 6, págs.19 a 23);
- Escrito del Defensor del Usuario dirigido a D. E. L. D., de fecha 20 de noviembre de 2006 (doc. 7, págs. 24 y 25);
- Historial médico del fallecido (Docs. 8 a 12; págs. 26 a 40);
- Certificado de grado de minusvalía de su madre, Dª R. D. R. (Doc. 13, pág. 40 bis);
- Publicación "traumatismo Craneoencefálico Leve: Potencialmente grave" (Doc. 14, págs. 41 a 44);
- Autorización de Dª R. D. R. para que el pueda proceder en su nombre en cuantas actuaciones sean precisas (Doc. 15, pág. 45.

El interesado cuantifica su reclamación en *"la cantidad de 100.000 €(cien mil euros) mas un 75% de aumento por minusvalía, a mi madre...y, para mí como hijo, 18.000 €, por el mismo concepto"*.

Segundo

Mediante escrito de la Secretaria General Técnica, de 27 de abril de 2007, y puesto que va a darse trámite a la reclamación presentada, se solicita a D. E. L. D. aclaración sobre las pruebas propuestas en su escrito y se le requiere documentación (págs. 46 y 47) que éste cumplimenta con fecha 11 de mayo de 2007- registro del mismo día-(folios 47 a 51).

Mediante Resolución de 13 de junio de 2007 se inicia el procedimiento general de responsabilidad patrimonial y se nombra Instructora a Dª C. Z. M.. Por escrito de fecha 14 de junio (acuse de recibo del día 19), la Instructora comunica al interesado la iniciación del expediente y le informa de los extremos exigidos por el artículo 42-4º y 5º, *"o en otros legalmente previstos"*- de la Ley 30/1992. (folios 51 a 53 vto.).

Tercero

Por comunicación interna de la misma fecha -14 de junio-, la Instructora se dirige a la Gerencia del Área II *Rioja-Media* del Hospital *San Millán* solicitando cuantos antecedentes, datos e informes estime de interés relacionados con la asistencia sanitaria prestada al

fallecido; una copia de la Historia clínica de la asistencia reclamada exclusivamente; e informes de los Facultativos intervinientes en la asistencia prestada (pág. 54).

Cuarto

Con fecha de salida 4 de julio de 2007, la Asesoría Jurídica de la Dirección Gerencia del Área II remite a la Secretaría General Técnica la documentación solicitada por la Instructora, que incluye los informes aportados por D^a S. B. M., Médico residente que atendió al finado y D. P. M. A., Director de Procesos de Urgencias y Emergencias. Este último informa que no existe ningún protocolo específico del Servicio de Urgencias del Hospital San Millán ; razón por la cual "*las actuaciones se rigen por la lex artis y los protocolos de las sociedades científicas*", que adjunta, y que, en su opinión, se han cumplido, según los hechos cuya descripción se contiene en los informes emitidos al Servicio de Atención al Paciente y al Defensor del Usuario a los que se remite, y que la Médico que atendió al paciente ratifica. (folios 55 a 71).

Quinto

El día 6 de julio de 2007, la Jefe del Servicio de Asesoramiento y Normativa da traslado del expediente a la Subdirectora General de Ordenación, Prestaciones y Autorización de Centros "*para que por el Médico Inspector que corresponda se elabore informe sobre todos los aspectos esenciales de la reclamación*" (pág. 71).

El informe de la Inspección, emitido con fecha 2 de agosto de 2007, en base en la Historia clínica y los informes que obran en el expediente, concluye afirmando que:

1.- *Que D. A. L. T., falleció en su domicilio a las 4h aproximadamente de haber sido atendido en el Servicio de Urgencias, tras haber sufrido una caída accidental sin pérdida de conocimiento, presentando una herida superficial en zona nasal, con una exploración neurológica normal, por lo que fue dado de alta tras la cura de la herida.*

2.- *Que no tiene el mismo significado una caída accidental que un desvanecimiento o síncope, ya que este último implica una pérdida temporal de conciencia, que se acompaña frecuentemente de una caída, siendo la causa más frecuente del síncope una disminución del flujo sanguíneo que llega al cerebro y que, salvo el riesgo de lesión que puede acompañar a la caída, no suele ser un problema grave de salud, aunque, no obstante, puede ser síntoma de una enfermedad subyacente.*

3.- *No consta en la reclamación si se solicitó asistencia en referencia a la primera caída o desvanecimiento que refieren sufrió el mismo día y que se acompañó de una abundante pérdida de orina.*

4.- *Que no existe un protocolo propio del Servicio de Urgencias para pacientes con TCE, realizándose la asistencia de acuerdo a la lex artis y los protocolos de Sociedades Científicas. Así, en el protocolo de la Sociedad de Medicina de Urgencias y Emergencias...se indica como criterios de alta que los pacientes que han sufrida un TCE, sin pérdida de consciencia, sin vómitos ni crisis convulsivas*

y sin alteraciones en la exploración neurológica, serán derivados a su domicilio bajo la observación de una persona responsable de su cuidado. Que en este sentido se afirma por la Dra. que les entregó la hoja informativa con las instrucciones para pacientes con TCE, hecho que niega el reclamante, constando no obstante en el informe de alta de Urgencias la indicación de acudir dentro de las 24 horas en caso de empeoramiento.

5.- Que no consta que durante las cuatro horas que permaneció el paciente en su domicilio presentara algún signo de alarma o empeoramiento, presentándose, según se refiere en la reclamación, de forma brusca un cuadro de pérdida de conocimiento y fallecimiento

6.- Que en la atención a pacientes de edad avanzada y en este caso concreto, debería haberse recabado, en el momento de prestar la asistencia, una información más completa sobre los antecedentes personales y las circunstancias que rodearon la caída del paciente, no teniendo que ser la familia la que tenga que localizar al profesional cuando le dan el alta a domicilio

7.- Que, aunque dados los antecedentes personales del paciente y que estaba en tratamiento con anticoagulación oral, hubiera sido procedente completar la asistencia sanitaria con toma de constantes y una analítica, no puede afirmarse que dicha actuación hubiera revelado algún dato que aconsejara el ingreso o la permanencia en observación del paciente en el hospital, resultando imposible determinar una relación causa efecto entre la asistencia sanitaria prestada y el fallecimiento al no haberse realizado la autopsia".

Sexto

El 23 de julio se recaba por la Inspección Médica la Historia clínica del paciente obrante en la CUN, que es remitida y se incorpora a las páginas 78 a 80 del expediente administrativo.

Con fecha 28 de agosto de 2007, el Jefe del Servicio de Asesoramiento y Normativa remite el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado, "para informe pericial médico completo", a D. Asesoría Médica. El Dictamen Médico Pericial emitido colegiadamente por cuatro Médicos especialistas obra en el expediente (págs. 81 a 87). Sus conclusiones son del siguiente tenor literal:

1.- El paciente sufrió una caída casual en su domicilio con una herida pequeña en dorso de nariz, que le produjo un abundante sangrado al estar en tratamiento con Sintrom.

2.- No hay constancia de la causa de la caída, si fue por un desvanecimiento, un tropiezo, etc,

3.- Tras acudir a la urgencia, se realizó una exploración neurológica que resultó normal.

4.- es dado de alta con las recomendaciones propias de todos los pacientes que han sufrido un traumatismo craneal sin pérdida de conocimiento.

5.- Posteriormente el paciente sufrió una muerte súbita en su domicilio sin poderse diagnosticar la causa al no haberse realizado la necropsia, pese haberse solicitado de manera correcta por los facultativos del 112.

6.- de acuerdo con la documentación examinada se puede concluir en que los profesionales que trataron al paciente lo hicieron de manera correcta y de acuerdo con los protocolos de actuación ante los traumatismos craneales.

Séptimo

Mediante carta de fecha 30 de octubre de 2007, la Instructora comunica al reclamante la finalización de la instrucción, dándole vista del expediente en trámite de audiencia por un plazo de 15 días hábiles para que formule alegaciones y presente los documentos que consideren oportunos; ante lo cual, el día 7 de noviembre, D. E. L. comparece y se le facilita copia de todos los documentos obrantes en el procedimiento instruido en relación con su reclamación (págs. 88 a 91).

El 22 de noviembre de 2007, el reclamante presenta escrito de alegaciones en la Oficina General de Registro del Gobierno de La Rioja, en el que, después de formular las alegaciones pertinentes, considera que quedan argumentados aún mejor los puntos de su escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial y se reafirma en todos y cada uno de ellos, solicitando que, previos los tramites legales, se dicte Resolución por la que se acuerde declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración y, en consecuencia, se le indemnice la cantidad de 100.000 €, con un incremento del 75% por minusvalía para su madre, actuando él en su representación, y para él como hijo, la cantidad de 18.000 € (págs. 91 a 118).

Incorporado al expediente el escrito de alegaciones reseñado, la Inspección Médica emite nuevo informe el 10 de diciembre de 2007 (págs. 120 y 121), en el que, una vez aclaradas las alegaciones que estima oportunas, concluye lo siguiente:

"Por lo anteriormente expuesto, esta Inspección se ratifica en el informe emitido, al no aportar el interesado ningún dato nuevo que no se haya tenido en cuenta cuando se realizó el informe de Inspección correspondiente".

Octavo

Con fecha 31 de enero de 2008, la Instructora formula Propuesta de resolución en la que propone *"que se desestime la reclamación de responsabilidad patrimonial que por responsabilidad patrimonial de esta administración formula D. E. L. D...al no ser imputables los daños que se reclaman al funcionamiento de los servicios públicos sanitarios"* (págs. 122 a 127 vto.).

Noveno

El Secretario General Técnico, el día 6 de febrero, remite a la Letrada de los Servicios Jurídicos de la Consejería de Salud el expediente íntegro para su preceptivo informe, que se

emite el 12 del mismo mes, en sentido desestimatorio de la reclamación, considerando *"ajustada a Derecho la Propuesta de resolución de desestimación de la reclamación patrimonial..."* (págs. 129 a 137).

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito de 15 de febrero de 2008, registrado de entrada en este Consejo el 22 de febrero de 2008, 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 25 de febrero de 2008, registrado de salida el 25 de febrero de 2008, 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 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 y ámbito del Dictamen del Consejo Consultivo

El art. 12 del Reglamento de los Procedimientos en materia de Responsabilidad Patrimonial de las Administraciones Públicas, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, dispone que, concluido el trámite de audiencia, se recabará el dictamen del Consejo de Estado o del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma cuando dicho dictamen sea preceptivo, para lo que se remitirá todo lo actuado en el procedimiento y una propuesta de resolución.

En el caso de la Comunidad Autónoma de La Rioja, el artículo 11 -g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción dada por la D.A. 2ª de la Ley 4/2005, de 1 de junio, de Funcionamiento y Régimen Jurídico de la Administración de la Comunidad Autónoma de La Rioja, limita la preceptividad de nuestro dictamen a las reclamaciones de cuantía indeterminada o superiores a 600 €.

Al ser la cuantía de la reclamación de 600 € nuestro dictamen resulta preceptivo.

En cuanto al contenido del dictamen, éste, a tenor del art. 12.2 del citado Real Decreto 429/1993, ha de pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el fallecimiento producido y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de la indemnización, considerando los criterios previstos en la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Segundo

Sobre los requisitos exigidos para que surja la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 de la Constitución y 139.1 y 2 141.1 LRJ-PAC) reconoce a los particulares el derecho a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, entendido como cualquier hecho o actuación enmarcada dentro de la gestión pública, sea lícito o ilícito, siendo necesario para declarar tal responsabilidad que la parte reclamante acredite la efectividad de un daño material, individualizado y evaluable económicamente, que no esté jurídicamente obligado a soportar el administrado, y debiendo existir una relación de causa a efecto directa e inmediata, además de suficiente, entre la actuación (acción u omisión) administrativa y el resultado dañoso para que la responsabilidad de éste resulte imputable a la Administración, así como, finalmente, que ejercite su derecho a reclamar en el plazo legal de un año, contado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo.

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

Lo anterior es también predicable, en principio, para la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, si bien 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, existiendo entonces un título que obliga al paciente a soportar el daño, so pena de incurrir en el despropósito que supondría el exigir a la Administración que garantice siempre la curación de los pacientes, aun cuando a este particular debe distinguirse entre la denominada medicina curativa y la satisfactiva (Dictamen 99/04).

Advirtamos que la anterior doctrina ha sido matizada en Dictámenes posteriores en el sentido de que no se trata de que el perjudicado tenga un específico deber jurídico de soportar el daño, sino que, simplemente, si se ha actuado conforme a la "*lex artis ad hoc*", no cabe imputar dicho daño a ningún sujeto por no concurrir el imprescindible criterio positivo de imputación que el ordenamiento siempre requiere para hacer nacer la responsabilidad y la consiguiente obligación de indemnizar aquél. En tales casos, el perjudicado se ve en la precisión de soportar el daño como consecuencia inevitable de la aplicación de las reglas contenidas en nuestro sistema de responsabilidad, pero no porque tenga -que no lo tiene- un específico deber jurídico de soportarlo: ello no es, en conclusión, resultado de la concurrencia del criterio negativo de imputación previsto en el artículo 141.1 LRJPAC, sino mero efecto reflejo de la no concurrencia de un ineludible criterio positivo de imputación.

Tercero

Sobre la existencia de responsabilidad patrimonial en el presente caso

El reclamante, hijo del paciente, considera que el fallecimiento de éste, tres horas y media después de ser atendido en Urgencias y ocurrido el 6 de mayo de 2006, a las cero horas un minuto, tuvo su causa en la inadecuada atención prestada en el Servicio de Urgencias del Hospital *San Millán*, al no haberle preguntado a él sobre los antecedentes clínicos de su padre y no haber tenido en cuenta sus dolencias de diversa índole. Entiende que otro tipo de actuaciones podrían haber evitado el fallecimiento de su padre.

1.El historial clínico del paciente.

Para pronunciarse sobre las alegaciones efectuadas en la reclamación, resulta conveniente extraer de la Historia clínica del paciente, contenida básicamente en las págs. 10 a 39 y 78 a 80 del expediente, las dolencias y patologías de éste. En particular, es necesario recordar que:

Entre los antecedentes familiares de D. A. L. T., su padre padeció una cardiopatía isquémica y falleció por muerte súbita a los 62 años (pág. 31). Como antecedentes personales presenta: Diabetes mellitus en tratamiento con antidiabéticos orales; HTA; Intervención quirúrgica por peritonitis en 1990; eventración abdominal; Pancreatitis aguda en 1992; Adenoma de próstata; litiasis biliar, artrosis, depresión, insuficiencia renal leve, anemia ferropénica; Intervención quirúrgica de carcinoma basocelular en oreja izquierda y de carcinoma epidermoide en mejilla derecha en el 2002; IAM en 1970, desde entonces ha presentado cuadros de angor (págs 26 a 31).

En fecha 11 de junio de 1997, se le realizó cateterismo cardíaco en la CUN, siendo diagnosticado de cardiopatía isquémica, enfermedad severa de tres vasos con buena función ventricular izquierda, angina clase IV, desestimándose de momento la cirugía de by-pass aortocoronario por malos vasos distales, indicándose revascularización con láser (págs. 31 a 34). El 8 de marzo de 1998; ingresa nuevamente en la CUN, decidiéndose hacer by-pass de safena a obtusa marginal y revascularización con láser del resto de segmentos miocárdicos, que se lleva a cabo el 10 de marzo de 1998, en el postoperatorio presentó fibrilación auricular que revierte espontáneamente a ritmo sinusal.

Posteriormente, se le realizaron revisiones periódicas, con estudios de perfusión miocárdica que objetivan isquemia severa inferior y apical; y estudios ECG, con resultado de bloqueo de rama derecha y hemibloqueo de rama izquierda y alternancias de ritmo auricular y fibrilación auricular; motivo por el que se le indica tratamiento con *Sintron* en junio del 2000 (págs. 35 a 38). El 13 de marzo del 2005, ingresó en la UCE por un cuadro de bronco aspiración con episodio sincopal secundario, infección respiratoria aguda e insuficiencia respiratoria, con descompensación de su diabetes mellitus y de la insuficiencia cardíaca congestiva (pág. 39).

Con fecha 5 de mayo del 2006, el paciente es atendido a las 20:20 en el Servicio de Urgencias del Hospital *San Millán*, constando en el parte de asistencia (pág. 11) como motivo de consulta "caída accidental en casa", sin "pérdida de conocimiento". Como antecedentes personales se hace constar, "no alergias farmacológicas conocidas, diabetes mellitus, hipertensión arterial, el paciente no recuerda antecedentes personales. Está en tratamiento con *Sintrom*". A la exploración se constata "golpe con mínima herida en región superficial al hueso nasal". "Herida mínima en región nasal y orbitaria derecha "Camina con bastón". "Exploración neurológica normal", realizándose la cura correspondiente con "Espongostan" y remitiéndose a su domicilio, indicando valoración por su Médico de Familia y volver a Urgencias en caso de empeoramiento las próximas 24 horas (págs. 11 y 59).

Todo ello se confirma en el informe de fecha 4 de julio del 2007, de la Dra. B. M., Facultativo médico que atendió al paciente en el Servicio de Urgencias, donde, además, se explicita que el "paciente estaba consciente y orientado", presentaba "sangre en la ropa y en el rostro" y, "tras limpieza con suero, se objetivó una herida de pequeñas dimensiones y no sangrante en región nasal sobre hueso propio y orbitaria derecha. No se observaron otras heridas en región cefálica". "La anamnesis por apartados no aportó datos relevantes y la exploración neurológica fue normal, sin presentar signos de focalidad neurológica." La familia acompañante informó de los principales y necesarios antecedentes personales en el primer momento, así como de los hechos acaecidos. "Se realizaron curas con suero y se trató con Espongostan (apósito cicatrizante) en región nasal". "Se informó a los familiares de que debía de estar acompañado las 24h siguientes y acudir a Urgencias en caso de signos de alarma, facilitándose la hoja informativa que consta en el Expediente" (pág. 57).

Según refiere el propio reclamante en el escrito de reclamación, alrededor de las 24h, el paciente comenzó a encontrarse mal y rápidamente perdió el conocimiento", llamando la familia al 112, que certificó el fallecimiento a las 00.01 del día 6 de mayo del 2006 (págs. 1 y 2).

El 24 de abril de 2007 tiene entrada en la Consejería de Salud reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por D. E. L. D. (págs. 1 a 9) en la que, en resumen, manifiesta que acompañó a su padre en la ambulancia en que fue trasladado al Servicio de Urgencias del Hospital *San Millán* de Logroño el 05/05/06, "debido a que sufrió una caída en su domicilio, permaneciendo en la Sala mientras lo atendían". Que "la atención fue bastante rápida" y la profesional que le asistió a sus preguntas de las pruebas que le habían realizado, simplemente le "respondió que reaccionaba muy bien y que había colocado un apósito que debía ser levantado al día siguiente en el "Centro de Salud Espartero". Que le dieron un boletín de asistencia de Urgencias que guardo sin leer", siendo remitido a su domicilio, donde fallece a las pocas horas.

Concluye diciendo que, como resultado del funcionamiento anormal del servicio, se le ha ocasionado un daño evidente que se ha concretado en el fallecimiento de su padre, por lo que solicita una indemnización de 100.000 € con un incremento del 75% por minusvalía para su madre, actuando él en su representación y la cantidad de 18.000 € para él.

2.- Sobre la actuación médica dispensada al paciente.

La pretendida anormalidad del funcionamiento del Servicio de Urgencias se centra por el reclamante, básicamente en que: i) sólo habló con los profesionales cuando por propia iniciativa lo pidió, cuando debieron ser ellos quienes pidieran información a los familiares.; ii) no le dieron oportunidad de explicarse y no pudo explicar que ese día el paciente había sufrido al menos dos caídas, una de ella con abundante pérdida de orina y con abundante pérdida de sangre; iii) al parecer, no le hicieron ninguna prueba a su padre, cuando era recomendable realizar una analítica y que, de habérsela hecho, el fallecimiento no se hubiera producido; iv) no le proporcionaron la hoja de cuidados y advertencias que el servicio de Urgencias dispone para traumatismos craneoencefálicos y v) que la conclusión de que la exploración neurológica era normal debió ser confirmada o determinada por el Adjunto de Urgencias o bien por un Especialista.

El reclamante apoya sus aseveraciones en los escritos que le fueron remitidos por el Defensor del Usuario y el Servicio de Atención al Paciente del Hospital *San Millán* (Docs. 5 y, 6 y 7, págs. 18 a 25) alguno de cuyos fragmentos reproduce. No obstante, examinados los documentos invocados y el conjunto de la prueba que integra el expediente administrativo, este Consejo Consultivo estima oportuno efectuar las siguientes precisiones:

A) En relación con la información proporcionada por la familia del paciente, indica la Inspección Médica, en su informe de 2 de agosto de 2007, que *"en los pacientes de edad avanzada y en este caso concreto, debería haberse recabado, en el momento de prestar la asistencia, una información mas completa sobre los antecedentes personales y circunstanciales que rodearon la caída del paciente, no teniendo que ser la familia la que tenga que localizar al profesional cuando le dan de alta a domicilio"* (pág76); pero la propia Inspección aclara en el informe de 10 de diciembre de 2007, a la vista de las alegaciones del reclamante: *"como ya se recoge en la conclusión 68 del informe de Inspección, debería haberse recabado de los familiares una información más completa en el momento de prestar*

la asistencia y no con posterioridad cuando el paciente fue dado de alta en el Servicio de Urgencias, pero realmente hay que concluir que la información fue facilitada por el hijo del reclamante al Facultativo que prestó la asistencia antes de salir del citado Servicio, como así lo indica en el punto primero de su escrito de reclamación" (pág. 120); realidad que, es reconocida por el reclamante en su escrito (págs. 2 y 4) y que, por tanto, estuvo en conocimiento de la profesional que lo atendió y pudo reconsiderar el alta de haberlo estimado necesario. No obstante, ésta hace constar en el parte de asistencia la historia clínica del paciente, recogiendo en ella la falta de alergias conocidas, la existencia de diabetes mellitus, la hipertensión arterial y su tratamiento con Sintrom. Por lo demás, no existe prueba alguna de la caída que el reclamante refiere con anterioridad a su ingreso en Urgencias ni tampoco sobre una posible atención médica de la misma, lo que asimismo constata el informe de la Inspección en su conclusión tercera (pág. 76.)

También debe tenerse en cuenta que existe una contradicción entre lo manifestado en su informe por la Dra. B., según el cual *"se informó a los familiares de que el paciente debería permanecer acompañado las siguientes 24 horas y que, en caso de mostrar síntomas de alerta, acudieran nuevamente al Servicio, facilitándoles hoja informativa adjunta" (pág. 57) y lo que alega el reclamante en su escrito de alegaciones, pues éste refiere que "es falso que esto ocurriera así, sólo al localizarla contestó muy rápidamente ante mis informaciones, ...simplemente me respondió que reaccionaba muy bien y que le había colocado un apósito que debía ser levantado al día siguiente en el Centro de Salud Espartero ... Me dan únicamente el boletín de asistencia de urgencias que guardo sin leer".* Pues bien, pese a que, debido a la contradicción referida, no queda acreditado cuál es la información que se dio realmente a la familia, lo cierto es que en la hoja de asistencia en Urgencias se especifica claramente *"valorar por Médico de primaria y en las próximas 24 horas, si empeora, volver"* (pág. 1).

B) Pese a la insistencia del recurrente en afirmar lo contrario, tanto del parte de asistencia en Urgencias (págs. 11 y 59), como del informe de la profesional que lo atendió (pág. 57), se extrae con meridiana claridad que el paciente, al ingresar en Urgencias, estaba "consciente y orientado" y "no (padecía) pérdida de conocimiento". Y, según el documento nº 5, parcialmente invocado y que le fue enviado al recurrente por el Defensor del Usuario, *"la actuación realizada en Urgencias es la indicada para pacientes con traumatismo craneal sin pérdida de conciencia y con exploración neurológica normal. Cura local de traumatismos y observación en domicilio. Aun considerando los antecedentes médicos del paciente no se hubiera derivado otra actuación"* (pág. 18). Afirmación que, a mayor abundamiento, es compartida tanto por el informe de la Inspección, aun contemplando la eventual realización de una posible analítica (pág. 76, conclusión sexta), como por la pericial practicada a través de D. (pág. 86, conclusión sexta), transcritos ambos documentos en los Antecedentes del Asunto Quinto, Sexto y Séptimo; así como en lo relativo a los protocolos sobre traumatismo craneoencefálico.

En lo relativo a la atención dispensada en relación con el traumatismo craneoencefálico, ya hemos anticipado que según el parte de asistencia de Urgencias, el reclamante y el propio paciente, al acudir a Urgencias el día 5 de mayo del 2006, manifestó haber sufrido una caída causal en su domicilio, sin pérdida de conciencia.

Ante estos datos, se procedió al examen físico del paciente, cuyo único hallazgo fue una herida mínima en la nariz. Consta también cómo se procedió a examinar el nivel de conciencia del paciente que presentaba una "exploración neurológica normal" (págs. 11 y 59); dato que, como indica la Propuesta de resolución (pág. 125), constituye el núcleo más relevante de la valoración neurológica, y que muestra una correcta praxis médica adecuada a los protocolos de actuación establecidos, tal y como se sostiene en el Informe pericial de los Especialistas en Cirugía General y Digestivo, elaborado por D. a instancias de la Compañía Aseguradora Z.. S.A. (págs. 82 a 87)

En este caso, el nivel de conciencia del paciente resultó dentro de la normalidad, sin existir signos de focalidad neurológica (pág. 57). En este sentido se pronuncian los Especialistas en el indicado Informe, elaborado por D., cuando afirman:

"Ingresa en Urgencias con una mínima herida en dorso de región nasal con abundante sangrado previo debido al tratamiento con Sintrom que seguía. En estos casos, a pesar de que la herida sea mínima, la posibilidad de un sangrado es elevada, por lo que se recomienda a estos pacientes que acudan a un Servicio de Urgencia ante cualquier herida en la piel por pequeña que sea. En la urgencia del HSM se realiza una exploración neurológica, y tras comprobar que es normal, y no existen signos de localización, se procede a la limpieza y cura de la herida, mediante colocación de un apósito coagulante. La valoración del nivel de conciencia es el aspecto más relevante de la valoración neurológica (págs. 84 y 85).

Asimismo en dicho informe, expresan cómo la actuación de los profesionales intervinientes fue absolutamente correcta y ajustada, a los protocolos de actuación, detallando los Especialistas en qué consisten exactamente dichos protocolos y añadiendo en qué momento y para qué casos está indicada la realización de Rx de cráneo y TAC cerebral (págs. 84 y 85) Todos estos datos constatan cómo, en la asistencia médica prestada al paciente, se llevaron a cabo todas las pruebas que estaban indicadas, sin hallazgos neurológicos que indicasen la necesidad de realizar Rx de cráneo ni TAC cerebral, ni tampoco otra semejante.

Por tanto, la actuación de los Facultativos, aquel 5 de mayo del 2006 fue del todo correcta y acorde con las exigencias de la *lex artis ad hoc*, máxime cuando, como señala el Defensor del Usuario, en su escrito de 20 de noviembre de 2006, *"la incertidumbre clínica y la imprevisibilidad de ciertas situaciones, si bien son propias de cualquier actividad médica, resultan especialmente patentes en la actividad asistencial de Urgencias"* (pág. 24).

Así lo confirma también, ex abundante, el informe emitido por el Director de Procesos de Urgencias y Emergencias. En él se indica que *"no existe ningún protocolo*

específico del Servicio de Urgencias del Hospital San Millán. Las actuaciones se rigen por la lex artis y los protocolos de las sociedades científicas"; y, concretamente el Protocolo "Traumatismo craneoencefálico", donde se habla de "criterios de alta", expresamente dice:

"Los pacientes que han sufrido un TEC sin pérdida de conciencia que no hayan presentado vómitos ni crisis convulsiva tras el traumatismo y sin alteraciones en la exploración neurológica- como es el caso del fallecido- serán derivados a su domicilio bajo la observación de una persona responsable de su cuidado, siguiendo las indicaciones descritas en el tratamiento domiciliario" (pág. 60).

También lo ratifica el Informe emitido por la Inspección Médica en virtud de la historia clínica del paciente, que coincide con el informe pericial en que: *"no existe un protocolo propio del Servicio de Urgencias para pacientes con TCE, realizándose la asistencia de acuerdo a la lex artis y a los protocolos de Sociedades científicas; así en el protocolo de la Sociedad de Medicina de Urgencias y Emergencias, remitido por el Dr.M. A., Director de Procesos de Urgencias y Emergencias del Complejo Hospitalario de San Millan-San Pedro, se indica como criterios de alta que los paciente que han sufrido un TCE sin pérdida de conciencia, sin vómitos ni crisis convulsivas y sin alteraciones en la exploración neurológica serán derivados a su domicilio bajo la observación de una persona responsable de su cuidado" (pág. 76, conclusión 4ª).*

C) En cuanto a la idoneidad de la profesional que atendió al paciente para concluir que la exploración neurológica del paciente era normal, nada se aporta como prueba de la necesidad de verificación por un Adjunto de Urgencias o un Especialista. Aun cuando ello fuera lo deseable y la praxis óptima, debe tenerse en cuenta que el paciente ingresó con "mínima herida en región superficial al hueso nasal" (pág. 11) y que los hechos ocurrieron cuando la profesional que lo atendió "finalizaba el primer año de la Especialidad de Nefrología, habiendo realizado múltiples guardias en el Servicio de Urgencias" (pág. 57).

D) Lo anteriormente expuesto, unido a los argumentos vertidos en los citados informes de la Inspección y la pericial médica practicada, permiten afirmar como así hace la Propuesta de resolución y el informe de los Servicios Jurídicos, que en este caso la actuación médica prestada a D. A. L. T. fue correcta y acorde con la *lex artis*. Los profesionales que trataron al paciente lo hicieron de manera correcta y de acuerdo con los protocolos de actuación ante los traumatismos craneales.

3.Sobre la relación de causalidad entre los Servicios médicos de la Administración y el fallecimiento de D. A. L. T..

Acreditada la actuación de los Facultativos del SERIS conforme a la *lex artis*, para que el resultado dañoso acaecido sea imputable a la Administración es necesario acreditar que existe una relación de causalidad entre dicha actuación y el fallecimiento del paciente. Y a tal efecto resulta necesario dejar constancia de que no existen en el expediente pruebas o

indicios que permitan establecer una relación de causalidad entre la actuación de los profesionales médicos y el *exitus* del paciente.

En el escrito de reclamación se manifiesta que el paciente ingresó como consecuencia de una caída en su domicilio, sin pérdida de conocimiento (pág. 1), lo que se reitera en el parte de asistencia (págs. 11 y 59). Sin embargo, en el momento del fallecimiento, pese a la recomendación efectuada al reclamante por el personal del 112 que acudió al domicilio del finado (pág.2), éste decidió no practicar autopsia.

Según la Directora Gerente del Área de Salud II "como causa de la muerte, cabe barajar deferentes hipótesis como que, de forma tardía, se hubiera producido una hemorragia intracraneal, o que hubiera sufrido una arritmia súbita" (pág. 18). A juicio de los Médicos Especialistas que actúan como peritos "*el paciente sufrió en pocas horas un desvanecimiento con pérdida de conciencia, con muerte súbita, sin que sea posible filiar la misma al no haberse realizado la oportuna necropsia*";... "*posteriormente, el paciente sufrió una muerte súbita en su domicilio sin poder diagnosticar la relación causa efecto entre la asistencia sanitaria prestada, al no haberse realizado la necropsia*" (pág. 86) y, en opinión de la Médico Inspector resulta "*imposible determinar una relación causa efecto entre la asistencia sanitaria prestada y el fallecimiento, al no haberse realizado la autopsia.*" (pág. 76).

Todo ello lleva a la imposibilidad de establecer, a la vista de las pruebas incorporadas al expediente administrativo, un nexo de causalidad cierto y directo entre la actuación médica, conforme con los protocolos establecidos y a la *lex artis ad hoc*, y el fallecimiento de D. A. L. T..

En definitiva, en base a los informes examinados, únicos aportados al expediente administrativo, este Consejo Consultivo, en coincidencia con la Propuesta de resolución de la Secretaría General Técnica, concluye que la actuación de los profesionales del SERIS, intervinientes en la asistencia médica dispensado al padre del reclamante fue correcta, siguiendo los parámetros de la *lex artis ad hoc* y no queda acreditado el nexo de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada por éstos y el daño alegado cuya reparación se solicita.

CONCLUSIÓN

Única

Procede desestimar la reclamación planteada por D. E. L. D., al no quedar acreditada la relación de causalidad entre la actuación de los servicios sanitarios y el daño reclamado.

Este es el Dictamen, con voto particular, 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

VOTO PARTICULAR QUE FORMULA EL CONSEJERO D. PEDRO DE PABLO CONTRERAS.

Discrepando de la opinión mayoritaria, entiendo que, en el caso sometido a nuestra consideración, el Dictamen del Consejo Consultivo debió apreciar la concurrencia de responsabilidad de la Administración sanitaria, y ello por las siguientes razones:

1. A mi juicio, no cabe decir que en el presente caso la actuación de los Facultativos de Urgencias fuera conforme al criterio de la *lex artis ad hoc* que, de acuerdo con la reiterada doctrina de este Consejo Consultivo -que el Dictamen resume con acierto- y en relación con la medicina curativa, actúa como criterio negativo de imputación objetiva de la responsabilidad de la Administración por el funcionamiento normal o anormal del servicio público sanitario.

En efecto, en el informe de la Inspección de fecha 2 de agosto de 2007 se concluye:

a) Que "en la atención a pacientes de edad avanzada y en este caso concreto debería haberse recabado, en el momento de prestar la asistencia una información más completa sobre los antecedentes personales y las circunstancias que rodearon la caída del paciente" (Conclusión 6ª); y ello porque "no tiene el mismo significado una caída accidental que un desvanecimiento o síncope, ya que este último implica una pérdida temporal de conciencia que se acompaña frecuentemente de una caída, siendo la causa más frecuente del síncope una disminución del flujo sanguíneo que llega al cerebro y

que, salvo el riesgo de lesión que puede acompañar a la caída, no suele ser un problema grave de salud, aunque, no obstante, puede ser síntoma de una enfermedad subyacente" (Conclusión 2ª).

b) Que, "dados los antecedentes personales del paciente y que estaba en tratamiento con anticoagulación oral, hubiera sido procedente completar la asistencia sanitaria con toma de constantes y una analítica" (Conclusión 7ª).

Es cierto que la primera de estas Conclusiones la matiza la propia Inspección en su ulterior informe de 10 de diciembre de 2007, en el que se señala que *"realmente, hay que concluir que la información fue facilitada por el hijo del reclamante al Facultativo que prestó la asistencia antes de salir del citado Servicio"* (de Urgencias, en el que fue atendido su padre). Sin embargo, aparte de que con ello no queda claro si la información fue proporcionada antes o después de la prestación de asistencia sanitaria al paciente, lo cierto es que tal extremo no hace sino poner aún más de relieve la segunda de las citadas conclusiones, que en ningún momento ha sido rectificadas, pues así resultaría que la toma de constantes y la analítica, que la Inspección considera procedentes, no fueron realizadas ni solicitadas, a pesar de conocer perfectamente los Facultativos las importantes dolencias que aquejaban a quien pocas horas más tarde falleció.

Todo ello me ratifica en la afirmación de que la atención médica de Urgencias que recibió D. A. L. T. no fue conforme con el criterio de la *lex artis ad hoc*, por más que se actuara con arreglo a los protocolos de las Sociedades científicas establecidos con carácter general para estos casos, pues los mismos han de aplicarse teniendo en cuenta el caso concreto, y es respecto a éste con el que el informe de la Inspección -no contradicho en esto por ningún otro de los obrantes en el expediente- alcanza las conclusiones ya expuestas.

2. Por supuesto, la circunstancia de que la atención prestada no fuera conforme con la *lex artis ad hoc* no es por sí sola suficiente para imputar responsabilidad a la Administración sanitaria: hace falta, además, que exista relación de causalidad -en sentido estricto- entre los actos médicos y un concreto resultado dañoso.

En este punto, el Dictamen de la mayoría aprecia como resultado dañoso la muerte del paciente y concluye que la misma no está causalmente ligada a la atención que se le prestó pocas horas antes en el Servicio de Urgencias, de modo que el fallecimiento se explicaría exclusivamente por el deficiente estado de salud de aquél.

Por mi parte, coincido en que no cabe establecer la necesaria ligazón causal entre los actos médicos que se consideran y el óbito repentino, apenas tres horas más tarde, de D. A.. Me parece, sin embargo, que el Dictamen de la mayoría no tiene en cuenta que aquí se reclama la indemnización de unos daños morales que, por su propia naturaleza, no son referibles únicamente al dolor por la muerte del esposo y padre, sino también a la inquietud o zozobra que en ellos han causado las concretas circunstancias concurrentes en el

fallecimiento (atención sanitaria en Urgencias después de una caída o desvanecimiento y muerte súbita apenas tres horas después) y, en particular, la duda razonable de que pudiera no haber fallecido, o haberlo hecho en otro momento temporal, de haberse llevado a cabo todos los actos médicos procedentes (en este caso, la toma de constantes y la analítica, cuya realización echa en falta el informe de la Inspección).

Esta última distinción ha sido acogida hace tiempo por la doctrina y la jurisprudencia (véanse las Sentencias de la Sala 1ª del Tribunal Supremo de 10 de octubre de 1998, 25 de septiembre de 1999 y 27 de mayo de 2003; y de la Sala 3ª de dicho Alto Tribunal de 17 de enero de 1997 y 18 de octubre de 2005; así como las de la Sección 4ª de la Audiencia Nacional de 29 de octubre, 4, 5 y 19 de noviembre de 2003, entre otras muchas que podrían citarse) a través de la consideración de la pérdida de oportunidad como daño moral indemnizable en materia de responsabilidad sanitaria. Como dice la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Aragón de 14 de noviembre de 2006, cuando *"se llega a la convicción de que la actuación médica (...) no fue, en su parte final, totalmente conforme a la lex artis ad hoc", ello "genera la responsabilidad de la Administración sanitaria" si "no se puede aseverar que el fatal desenlace se podía haber evitado, pero entra dentro de lo posible que la evolución hubiera sido otra, lo que nos sitúa ante la doctrina de la pérdida de oportunidad, que se encuentra acogida ya por nuestra jurisprudencia"*.

Pues bien, en el caso que nos ocupa, el informe de la Inspección afirma que no se puede saber si, de haberse realizado la toma de constantes y la analítica procedentes, *"dicha actuación hubiera revelado algún dato que aconsejara el ingreso o la permanencia en observación del paciente en el hospital, resultando imposible determinar una relación causa efecto entre la asistencia sanitaria prestada y el fallecimiento al no haberse realizado la autopsia"*; pero lo que es evidente, a mi juicio, es que la no realización de tales pruebas supuso, de hecho, la pérdida de la oportunidad de que se le prestara a D. A. una atención sanitaria distinta de la que efectivamente se le prestó (consistente en enviarle a su domicilio con un simple apósito), y ello es suficiente para atribuir responsabilidad patrimonial a la Administración sanitaria.

En definitiva, como dice la Sentencia del TSJ de Aragón antes citada, *"el daño lo constituye la oportunidad de curación, o prolongación de la vida perdida", y "se trata de un daño basado en el cálculo de posibilidades, acomodándose la indemnización a tal circunstancia, a evaluar individualmente en cada caso"*; teniendo en cuenta -habría que añadir- que lo que se indemniza es un daño moral consistente en la angustia o zozobra psicossomática derivada de la inevitable convicción en los dañados de que no se hizo todo lo posible para salvar o prolongar la vida de su esposo y padre.

Atendiendo a todo ello, en conclusión, estimo que nuestro Dictamen debió ser, en este caso, estimatorio de la responsabilidad patrimonial de la Administración. Otra cosa es que la indemnización hubiera de fijarse atendiendo a la indicada sustancia del daño, por lo que -eso sí- la cuantía de la misma habría de ser muy inferior a la solicitada en el escrito de reclamación. A juicio de quien suscribe este voto particular, atendiendo a las cantidades concedidas por la jurisprudencia civil y contencioso-administrativa que ha indemnizado en casos similares la *pérdida de oportunidad*, podría fijarse razonablemente la indemnización en la suma de 10.000 € para ambos reclamantes.

Es el voto particular que emito en Logroño, a 3 de marzo de 2008

D. Pedro de Pablo Contreras