

En Logroño, a 18 de enero de 2011, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con la asistencia de su Presidente D. Joaquín Espert y Pérez-Caballero, de los Consejeros D. Antonio Fanlo Loras, D. Pedro de Pablo Contreras, D<sup>a</sup> Carmen Ortiz Lallana y D. José M<sup>a</sup> Cid Monreal, y del Letrado Secretario General D. Ignacio Granado Hijelmo, actuando como ponente D. José M<sup>a</sup> Cid Monreal, emite, por unanimidad, el siguiente:

## **DICTAMEN**

**5/11**

Correspondiente a la consulta formulada por el Excmo. Sr. Consejero de Salud en relación con el procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial promovido por D<sup>a</sup> S. S. G., por los daños, a su juicio, causados por la mala praxis médica llevada a cabo en el Servicio de Neurología del Hospital *San Pedro*.

## **ANTECEDENTES DE HECHO**

### **Antecedentes del asunto**

#### **Primero**

En fecha 1 de febrero de 2010, D<sup>a</sup> S. S. G. presenta un escrito normalizado de reclamación de daños y perjuicios por responsabilidad patrimonial de la Administración, ante el Servicio de Atención al Paciente del Hospital *San Pedro*, en reclamación de la cantidad de 27.000 euros, haciendo constar el siguiente relato de hechos:

*“El día 11-12-2009, acudí a Urgencias sobre las 3,30 de la tarde por un posible derrame cerebral que me dio estando en mi casa. El Dr. que me atendió en Urgencias, me preguntó qué síntomas tenía, no dándole importancia a lo que me había pasado. Se me realizaron dos pruebas, un electrocardiograma y un análisis de sangre. Me diagnosticó trastorno de ansiedad y me dijo que tenía depresión postparto. Me dio el alta a las 10 de la noche como muy enfadado, diciendo que él no podía hacer nada más por mi, que, si yo quería, me esperase al Psiquiatra de la planta, que lo mío era todo una invención psicológica. Mis familiares haciéndole caso, porque yo me quejaba desde hacía 2 días anteriores, pensaron que, si no me encontraban nada, era cierto lo que él relataba.*

*Llegué a mi casa a las 11,30 de la noche, me despedí de mis hijos, pensando que no me despertaría nunca más. Desde aquello, ha pasado más de un mes y todavía no soy capaz de quedarme con mi hija a solas. Mis familiares se han trasladado desde Barcelona a La Rioja para ayudarme en las tareas domésticas y cuidar de mis dos hijos, porque sola no puedo. Este señor solo tenía que haberme hecho un TAC como le pedí, y se negó basándose que el mes anterior ya se me había realizado uno. Yo no tenía que haber pasado por lo que pase el día 12-12-2009. Habiendo pasado menos de 10 horas desde que ese doctor me trató. Se me tenía que haber valorado, se me tenía que haber tratado, y se me tenía que haber tenido en cuenta por la enfermedad crónica que yo sufro. Ruego que se valore todo esto que estoy dejando escrito, porque yo y toda mi familia lo*

*estamos pasando verdaderamente mal, con las formas que este señor me trató, ni estoy depresiva, ni tengo depresión posparto, y aporto informes médicos para que valoren lo dicho”.*

Se adjunta a la reclamación informes de las diversas asistencias en el Servicio de Urgencias a las que se refiere el escrito inicial, de los que se desprenden las siguientes visitas al mismo:

-El día 11 de diciembre de 2009, acudió al Servicio de Urgencias por parestia y parestesia, que va de extremidades superiores a inferiores, con sensación de vértigo. Tras realizarse análisis de sangre y electrocardiograma, se la diagnosticó trastorno de ansiedad y cefalea/migraña.

-El día siguiente, vuelve al Servicio de Urgencias, por cuadro de disestesia en extremidad superior izquierda y mareos con sensación de inestabilidad de 24 horas de evolución. Se le realizó un TAC que detectó la presencia de hemorragia subaracnoidea aguda en la región interhemisférica frontal, que se extiende por la convexidad, afectando a la región frontal derecha, con probable hemorragia petequial asociada en el territorio de la pericallosa derecha. Además, se apreciaba dudosa trombosis en la vertiente frontal del seno longitudinal superior. Practicada una Resonancia Magnética Nuclear, se concluye que la paciente presentaba realmente la hemorragia subaracnoidea descrita en el TAC previo. Presencia de flujo en el seno longitudinal superior, sin imágenes de trombosis venosa. Lesión ocupante de espacio cortical parasagital frontal derecho, en la extremidad distal de la arteria pericallosa de 6 mm. de tamaño, que presenta ausencia de señal en todas las secuencias, susceptibilidad magnética y edema circundante, hallazgo que puede ser compatible con pseudoaneurisma infeccioso en esta localización. Queda ingresada en el Servicio de Neurocirugía desde donde se la traslada al Hospital de Valdecilla de Santander

### **Segundo**

En fecha 16 de febrero, se dicta Resolución en la que se indica que se tiene por iniciado procedimiento general de responsabilidad patrimonial, nombrándose Instructor del mismo, comunicándose igualmente a la reclamante, diversa información relativa a la instrucción del mismo.

### **Tercero**

En fecha 17 de febrero, se solicita de la Gerencia del Área de Salud de la Rioja-Hospital *San Pedro*, cuantos antecedentes existan de la atención prestada a la paciente en el Servicio de Urgencias, su historia clínica relativa a la asistencia objeto de reclamación y en particular el informe de los Facultativos que le atendieron. La citada documentación consta a continuación en el expediente administrativo.

### **Cuarto**

En fecha 25 de marzo, se reclama informe a la Inspección Médica, que es evacuado en fecha 20 de abril con las siguientes conclusiones:

1.- D<sup>a</sup>. S. S. G. acudió al Servicio de Urgencias del Hospital San Pedro el día 11 de diciembre de 2009. Tras ser explorada y tras la realización de pruebas complementarias, fue dada de alta con un diagnóstico de trastorno de ansiedad y cefalea/migraña.

2.- D<sup>a</sup>. S. S. G. acudió de nuevo al Servicio de Urgencias del Hospital San Pedro el día 12 de diciembre de 2009, tras la oportuna exploración y pruebas complementarias, se alcanza un diagnóstico de hemorragia subaracnoidea intethemisférica frontal, por lo que es derivada al Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

3.- Cabe preguntarse si, como sostiene la reclamante en su escrito, hubiera sido preceptiva la realización de un TAC cerebral el día 11 de diciembre de 2009 para adelantar el diagnóstico (si bien esto supone asumir, como parece asumir la reclamante, que la patología diagnosticada el día 12 de diciembre ya estaba presente el día anterior, hecho éste que no se ha demostrado). A mi juicio, la decisión de no realizar un TAC que tomó el Dr. O., estaba justificada por los siguientes motivos:

*-En primer lugar, por la ausencia de clínica neurológica en la exploración física llevada a cabo el día 11 de diciembre, como queda puesto de manifiesto tanto en el informe de asistencia de Urgencias, como en el informe aportado por el interviniente con fecha 2 de marzo de 2010.*

*-En segundo lugar, porque el cuadro que presentaba la paciente era consistente con el diagnóstico de migraña/cefalea, diagnóstico que se alcanzó en abril de 2008 y que se confirmó en dos visitas sucesivas al Servicio de Urgencias en agosto de 2008 y en noviembre de 2009. En estas tres fechas, se realizaron sucesivos TAC craneales.*

4.- En línea con el punto anterior, estaba justificada la realización de un TAC craneal el día 12 de diciembre, toda vez que en la exploración general se objetivó sintomatología neurológica que no estaba presente el día anterior, como badiopsiquia, nistagmo horizontal, disminución de fuerza en miembro superior izquierdo y miembro inferior izquierdo, relejo cutáneoplantar flexor bilateral e inestabilidad a la marcha. Se trata por consiguiente de dos situaciones clínicas completamente distintas en las que no se puede esperar, en mi opinión, una misma actitud por parte del personal del Servicio de Urgencias.

5.- La atención a la paciente con posterioridad al diagnóstico es correcta y la evolución de la paciente favorable.

*En consecuencia, no se puede determinar que haya existido una mala praxis médica, estimando que se ha dado a la paciente la prestación médica adecuada con los medios disponibles del sistema sanitario y de acuerdo a la lex artis.*

## **Quinto**

Consta, a continuación, en el expediente el informe pericial emitido a instancia de la Compañía aseguradora, cuyas conclusiones son las siguientes:

1.-Se trata de una paciente con antecedentes de migraña, valorada en diversas ocasiones en Urgencias y en Consulta de Neurología por este motivo. Tanto las exploraciones neurológicas realizadas como los TC craneales fueron normales en las distintas valoraciones.

2.-La paciente acude, el día 11-12-2009, a Urgencias por cefalea, sin focalidad neurológica y sin signos de alarma, siendo dada de alta con diagnóstico de migraña.

*3.-El día 12-12-2009, la paciente acude de nuevo a Urgencias con focalidad neurológica y cefalea, con signos de alarma, por tanto, realizándose TC craneal y RM craneal y diagnosticándose entonces de HSA y posible trombosis venosa cerebral.*

*4.-Hasta la aparición de la localización, el cuadro clínico puede considerarse enmarcado en las migrañas habituales de la paciente, por lo que la actuación de los Facultativos que atendieron a la paciente fue correcta.*

*5.-Una vez objetivada la trombosis de seno, se actuó de forma rápida, correcta y diligente.*

*6.-El Servicio de Neurología realizó un estudio completo para alcanzar un diagnóstico etiológico de la trombosis venosa cerebral.*

*7.-Se instauró asimismo el tratamiento correcto y específico para dicha patología, resultado de lo cual la paciente presentó una evolución favorable sin secuelas al alta.*

*8.-De la documentación analizada, puede concluirse que el proceso diagnóstico y terapéutico seguido con esta paciente fue el adecuado en tiempo y forma a la evolución de la enfermedad y acorde a los datos clínicos disponibles en cada momento evolutivo para los Facultativos que le atendieron.*

### **Sexto**

El 8 de septiembre, se notifica a la reclamante la apertura del trámite de audiencia, sin que conste la presentación de alegaciones.

### **Séptimo**

El 14 de diciembre, se dicta Propuesta de resolución, desestimatoria de la reclamación interpuesta, que es informada favorablemente por los Servicios Jurídicos en fecha 16 del mismo mes.

### **Antecedentes de la consulta**

#### **Primero**

Por escrito de 21 de diciembre de 2010, registrado de entrada en este Consejo el 3 de enero, el Excmo. Sr. Consejero de Salud del Gobierno de La Rioja remite al Consejo Consultivo de La Rioja, a través de su Presidente y para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

#### **Segundo**

Mediante escrito de fecha 4 de enero de 2011, registrado de salida el 5 de enero de 2011, 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 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.

El art. 11,g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción dada por el art. 36.2 de la Ley 5/2008, de 29 de diciembre, limita la preceptividad de nuestros dictamen en las reclamaciones de cuantía indeterminada o superiores a 6000 euros. Al ser la cuantía de la presente reclamación superior a 6000 euros, nuestro dictamen resulta 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 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 primera 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.

Pues bien, en el caso sometido a nuestra consideración, la cuestión a dilucidar es la de determinar si, en la visita de la reclamante al Servicio de Urgencias el día 11 de diciembre de 2009, debía haberse realizado la prueba del TAC que, en la visita al mismo Servicio el día siguiente, detectó la existencia de la hemorragia subaracnoidea, y sirvió para realizar un correcto diagnóstico a la paciente.

Para la Propuesta de resolución, siguiendo el tenor de los informes periciales obrantes en el expediente, se considera que no era necesario, pues, en la primera visita al Servicio de Urgencias, no existía una clínica neurológica en la exploración física, pues, en definitiva, se presentaba un cuadro coincidente con el diagnóstico de migraña/cefalea, dolencia que ya había presentado la paciente en dos visitas anteriores al Servicio de Urgencias.

Por lo tanto, las situaciones de los días 11 y 12 de diciembre eran distintas, por lo que no se puede esperar la misma actitud por parte del personal del Servicio de Urgencias. Cuando se objetivó sintomatología neurológica, se llevó a cabo el TAC. Ello determina, la desestimación de la reclamación interpuesta, al considerarse que no se ha acreditado la relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada y el retraso de diagnóstico que se alega, al no existir este último, como ha quedado debidamente acreditado.

Aunque considerásemos, lo cual no se ha probado, que la situación que presentaba la reclamante el día 11 de diciembre no difería mucho de la que presentaba el día siguiente, tampoco se llegaría a una conclusión diferente a la de la Propuesta de resolución, pues, en este caso y de manera afortunada, no consta en el expediente la existencia de un daño, real, efectivo y evaluable económicamente, sufrido por la paciente que sea susceptible de ser indemnizado, pues no existe constancia de que el hipotético retraso de 24 horas en el diagnóstico acertado de la enfermedad de la reclamante, haya comprometido su recuperación o haya puesto en riesgo su integridad física, extremos éstos que tendría que haber acreditado quien exige la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria. Lo contrario sería considerar a la Administración como esa especie de aseguradora universal a la que antes nos referíamos, que tendría que indemnizar cualquier daño experimentado por los particulares, con motivo de la prestación del servicio público sanitario.

## **CONCLUSIONES**

### **Única**

A juicio de este Consejo Consultivo, la presente reclamación debe ser desestimada, al no haberse acreditado la existencia de un daño real, efectivo y evaluable económicamente, sufrido por la reclamante.

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