

En Logroño, a 8 de septiembre de 2011, 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. Antonio Fanlo Loras, D. Pedro de Pablo Contreras, D^a M^a del Carmen Ortiz Lallana y D. José María Cid Monreal, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D. Joaquín Espert y Pérez-Caballero, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

59/11

Correspondiente a la consulta formulada por el Excmo. Sr. Consejero de Salud y Servicios Sociales, en relación con la Reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria formulada por D^a D. L. de S. V., por perjuicios, de cuantía indeterminada, a su juicio causados por disfunción en varias Áreas asistenciales del SERIS en un episodio de posible déficit neurológico transitorio.

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del Asunto

Primero

Mediante escrito de fecha 6 de septiembre de 2010, presentado en el Registro de la Delegación del Gobierno en La Rioja el siguiente día 15 y registrado de entrada en el Registro de la Consejería el 9 de noviembre, D^a D. L. de S. V. plantea reclamación de responsabilidad patrimonial exponiendo, en resumen, lo siguiente:

-Día 9 de junio de 2010

El día 9 de junio de 2010 (...), en la planta de Neurología del Hospital San Pedro, tuve un episodio de pérdida parcial de consciencia. Los síntomas fueron movimientos erráticos y sin sentido, palabras resultantes de juntar letras sin sentido alguno, pérdida de orientación, saber dónde estoy aunque no pérdida completa de consciencia. Mi marido avisó a las Enfermeras de la planta quienes, conociendo mi historial, me tendieron en la cama de la habitación contigua que estaba libre y tomaron mis constantes vitales (tensión, temperatura y glucosa con un nivel de 80). Con estos datos escritos en un papel, desde la planta de Neurología, me bajaron al Servicio de Urgencias.

(...) Mi hija le expone al Dr. G., quien lleva mi caso, mi historial de operada de recambio trivalvular, con marcapasos y, sobre todo, afectada por numerosas embolias cerebrales desde hace 22 años y tres embolias en ambas piernas, operadas dos de ellas en este Hospital. Asimismo, le indica los síntomas observados en planta de Neurología Por todo ello, le solicitamos a dicho Médico que realice las pruebas oportunas para descartar un nuevo ictus, así como la opinión de un Neurólogo, Médico especialista de la cabeza. El Dr. G. descarta de plano la necesidad de dicha prueba ya que ya me ha realizado unas radiografías. Se le pregunta si de la cabeza para descartar ictus, a lo que contesta que no, que lo ha hecho de tórax y cadera, porque muestra un cardenal en la pierna. Le preguntamos si en las pruebas realizadas se puede ver la cabeza e indica que no (...) Ante la petición de Especialista, nos informa que no hay ningún Neurólogo en el Hospital por ser día de fiesta, y que esto es lo que hay. (...) En resumen, en el Servicio de Urgencias se me dictamina glucosa baja y se me aplica únicamente tratamiento puntual para ello... Nos vamos de Urgencias sin saber si fue o no una embolia cerebral, si hubo o no hemorragia cerebral, ya que no nos atendió ningún Neurólogo ni se realizaron las pruebas que pueden o no descartarlo (TAC craneal).

-Día 10 de junio

Acudo otra vez al Servicio de Urgencias relatando lo ocurrido el día anterior y solicitando las pruebas pertinentes para descartar ictus o hemorragia cerebral. Se me realizan las pruebas, que incluyen un TAC cerebral y se me indica que tengo que pedir cita con un Neurólogo en siguientes 7 días. He de indicar que entré en el Servicio de Urgencias en torno a las 10:30 AM y no salí hasta 16:33, dado que tuve que esperar más de 3 horas a que realizaran el TAC, porque nos dijeron que estaban realizando labores de mantenimiento.

-24 de junio de 2010

Acudo a la cita con el Neurólogo que me han asignado (14 días después de la última visita a Urgencias), el Dr. H.. Me diagnostica "crisis parcial compleja, epilepsia vascular". Adjunto copia del informe.

En base a todo lo expuesto anteriormente, la reclamante expresa su voluntad de denunciar los siguientes hechos:

- 1.- La ausencia de un Neurólogo en el Servicio de Urgencias y/o en el Hospital que atienda los casos de urgencias.
- 2.- Que, con un historial clínico como el mío (...), se descarte la necesidad de realizar la prueba que podría esclarecer el diagnóstico.
- 3.- Con la negación de la citada prueba y/o la visita de un Especialista, se ha puesto en riesgo ciertomi ida (...).
- 4.- Que tenga que acudir una segunda vez a Urgencias para que me realicen la citada prueba (...).
- 5.- La falta de seriedad en el primer diagnóstico de Urgencias (...).
- 6.- (...) que tenga que esperar (tanto yo como el resto de los pacientes que allí estuvimos) más de 3 horas sólo para la realización de una prueba, el TAC craneal.

7.- *Que la cita entre comillas “urgente”, que nos asignan con el Especialista (Neurólogo) se produce dos semanas después.*

Y añade que:

Todo lo cual se pone en conocimiento del Servicio de Atención al Paciente del Hospital San Pedro de Logroño a fin de que se adopten las medidas oportunas en relación a los profesionales intervinientes y funcionamiento de los servicios a que se hace referencia, así como en reclamación de la reparación de los daños y perjuicios causados al abajo firmante, interesando la apertura del correspondiente expediente de responsabilidad patrimonial, y sin perjuicio de la interposición de cualquier tipo de reclamaciones y acciones que pudiera ejercitar”.

Acompaña a su escrito informes de asistencia en el Servicio de Urgencias de los días 9 y 10 de junio de 2010 y de Consulta Externa de Neurología de 24 de junio.

Segundo

Mediante escrito de 10 de noviembre de 2010, se requiere a la interesada a fin de que, en el plazo de 10 días, proceda a la evaluación económica de los daños.

Tercero

Por Resolución del Secretario General Técnico de la Consejería, por delegación del Consejero, de 11 de noviembre de 2010, sin haber recibido respuesta al requerimiento anterior, se tiene por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial, con efectos del día 9 anterior, día en que tuvo entrada la reclamación en el Registro General del la Consejería, y se nombra Instructora del procedimiento.

Cuarto

Por carta de fecha 12 de noviembre, se comunica a la interesada la iniciación del expediente, informándole de los extremos exigidos por el artículo 42-4º de la Ley 30/1992.

Mediante comunicación interna de la misma fecha, la Instructora se dirige a la Dirección Gerencia del Área de Salud de La Rioja-Hospital *San Pedro*, solicitando cuantos antecedentes existan y aquellos datos e informes que estime de interés relacionados con la asistencia sanitaria prestada en el Servicio de Urgencias a la reclamante; copia de la historia clínica relativa a la asistencia reclamada exclusivamente; y, en particular, informe emitido por los Facultativos intervinientes en la asistencia que se reclama. La solicitud es reiterada el siguiente 15 de diciembre.

Quinto

La reclamante presenta un escrito, de fecha 26 de noviembre, por el que solicita ampliación del plazo para cumplir el requerimiento del anterior día 10, dada la complejidad del asunto.

Sexto

Por escrito de 22 de diciembre, la Gerencia de Área Única remite la historia clínica así como los informes aportados por los Dres. H. de la B., O. D. y G. M.

Séptimo

Con fecha 12 de enero de 2011, la Instructora da traslado de copia del expediente a la Dirección General de Aseguramiento, Acreditación y Prestaciones para que, por el Médico Inspector que corresponda, se elabore un informe sobre todos los aspectos esenciales de la reclamación, con el fin de facilitar la elaboración de la propuesta de resolución sobre la reclamación planteada.

El informe, de fecha 3 de marzo, tras un análisis prolijo y detallado, una por una, de todas las supuestas anomalías denunciadas por la reclamante en su escrito inicial, concluye afirmando que la atención que se prestó la reclamante y que es objeto de este expediente, *“fue correcta y adecuada en todos y cada uno de los apartados contemplados”*

Octavo

Obra a continuación en el expediente un dictamen médico aportado por la A. Z., que establece las siguientes conclusiones:

“1.- La paciente presentaba como principales factores de riesgo una cardiopatía reumática trivalvular, en fibrilación auricular crónica, siendo portadora de un marcapasos y habiendo sufrido con anterioridad varios episodios de isquemia cerebral por embolias cardíacas, y, por este motivo, seguía una anticoagulación crónica con Sintrom.

2.- Mientras se encontraba acompañando a su marido, que estaba ingresado en la planta de Neurología del Hospital San Pedro, sufre un episodio que la paciente describe como pérdida parcial de conciencia, de orientación, acompañado de movimiento erráticos y dificultad para hablar y que, en la historia de Urgencias, se describe como mareo sin giro de objetos.

3.- El episodio no fue presenciado por ningún Facultativo. La paciente fue atendida por el personal de enfermería de la planta de Neurología y trasladada al Servicio de Urgencias.

4. En este caso, no es posible establecer con precisión diagnóstico clínico concreto. Más aun, si el episodio no había sido presenciado por un Médico y, a su llegada a Urgencias, el episodio había

revertido por completo, la exploración general y neurológica era normal.

5.- En este contexto, se debe realizar un diagnóstico diferencial de un episodio de “mareo” sin pérdida total de conciencia y sin claro déficit focal neurológico asociado y de carácter reversible y, por tanto, habría que considerar todos los diagnósticos barajados (todos ellos fundamentalmente clínicos) en el proceso asistencial que la paciente siguió por este episodio.

*6.- En el hipotético caso que se hubiera tratado de **un AIT**, como se sospechó en la valoración realizada al día siguiente, la paciente ya estaba anticoagulada y su nivel de anticoagulación en ese momento (INR 4,45) estaba en el segmento más alto del rango recomendado para el tipo de cardiopatía de la paciente, por lo que este diagnóstico no hubiera implicado modificaciones terapéuticas.*

*7.- Por otra parte, la posibilidad de **una hemorragia**, como menciona la paciente en su reclamación, no puede ser considerada para este cuadro clínico, de breve duración, que no asociaba focalidad neurológica y reversible en pocos minutos.*

8.- El primer diagnóstico considerado y tratado, la hipoglucemia, es considerada en Neurología como “la gran simuladora”, ya que puede presentar una sintomatología poliforma y cambiante, con afectación o no del nivel de conciencia, del comportamiento y asociar o no déficit neurológicos focales, dependiendo de su gravedad.

9.- Cuando fue valorada en Consulta de Neurología, dos semanas más tarde, la paciente había permanecido asintomática y no habría presentado nuevos episodios similares.

10.- El Neurólogo que le atendió entonces, sin nuevos datos clínicos salvo la evolución hasta ese momento, realizó un nuevo diagnóstico de sospecha, como los dos diagnósticos anteriores, fundamentalmente clínico, y como hemos mencionado con anterioridad, plenamente congruente con el diagnóstico diferencial de este tipo de episodios: crisis epilépticas secundarias a las lesiones vasculares previas (epilepsia vascular). Iniciándose tratamiento con Levitiracetam.

11.- Para terminar, es importante resaltar que a pesar de los diferentes diagnósticos barajados por diferentes Facultativos para un episodio de características poco específicas, autolimitado y no presenciado por ningún Facultativo de los que con posterioridad atendió a la paciente, ninguna de las actitudes diagnósticas y terapéuticas adoptadas puso en riesgo la salud de la paciente, como de hecho se pudo comprobar por su evolución posterior.

12.- En la actuación de los profesionales que atendieron a la paciente a lo largo de su evolución, de los datos que conocemos, no se desprenden situaciones que no estén en el marco del buen hacer médico y adecuadas a las guías de recomendaciones actualmente vigentes.”

Noveno

Mediante escrito de 6 de mayo, se da a la interesada trámite de audiencia, presentando la misma el día 24 escrito en el que solicita ampliación del plazo para examinar la documentación y poder alegar, por hallarse a la sazón ingresada pendiente de cirugía. Presenta justificante del ingreso.

Y, atendiendo la solicitud telefónica de una hija de la reclamante, la Instructora le remite por correo con acuse de recibo una copia íntegra del expediente. El acuse de recibo es de fecha 30 de mayo.

Sin embargo, no consta que se hicieran alegaciones ni se aportaran documentos.

Décimo

Con fecha 5 de julio de 2011, la Instructora del expediente emite Propuesta de resolución en el sentido que se desestime la reclamación por no haber acreditado la reclamante daño alguno como consecuencia de la actividad sanitaria de los Servicios públicos de salud, que, además, fue totalmente acorde a *lex artis*.

Undécimo

El Secretario General Técnico, el día 11 de julio, remite a la Letrada de la Dirección General de los Servicios Jurídicos en la Consejería de Salud, para su preceptivo informe, el expediente íntegro. El informe es emitido en sentido favorable a la Propuesta de resolución el siguiente día 14.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito fechado el 15 de julio de 2011, registrado de entrada en este Consejo el día 1 de agosto de 211 el Excmo. Sr. Consejero de Salud y Servicios Sociales del Gobierno de La Rioja, remite al Consejo Consultivo de La Rioja para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

Mediante escrito de 1 de agosto de 2011, registrado de salida el día 2 de agosto de 2011, el Sr. Presidente del Consejo Consultivo de La Rioja procedió, en nombre del mismo, a acusar recibo de la consulta, a declarar provisionalmente la misma bien efectuada, así como a apreciar la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

Tercero

Asumida la ponencia por el Consejero señalado en el encabezamiento, la misma quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo señalada.

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, limitaba la preceptividad de nuestro dictamen a las reclamaciones de cuantía indeterminada o superiores a 600 euros. La cuantía ha sido elevada a 6.000 euros por Ley 5/2008.

Al ser la cuantía de la reclamación superior a dicha cifra, 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 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 Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

Segundo

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

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

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

Lo anterior es también predicable, en principio, para la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, si bien, como ya dijimos entre otros en nuestro Dictamen 3/07, *“la responsabilidad no surge sin más por la existencia de un daño, sino del incumplimiento de una obligación o deber jurídico preexistente, a cargo de la Administración, que es el de prestar la concreta asistencia sanitaria que el caso demande: es esta premisa la que permite decir que la obligación a cargo de los servicios públicos de salud es de medios y no de resultado, de modo que, si los medios se han puesto, ajustándose la actuación facultativa a los criterios de la lex artis ad hoc, la Administración ha cumplido con ese deber y, en consecuencia, no cabe hacerla responder del posible daño causado, pues no cabe reconocer un título de imputación del mismo”*.

Y, en nuestro Dictamen 29/07, en la misma línea, mantuvimos que los parámetros bajo los que se han de enjuiciar los criterios de imputación del daño a la Administración Sanitaria son el de la *lex artis ad hoc* y el de la existencia del consentimiento informado, distinguiendo *“si el daño es imputable a la actuación de los servicios sanitarios, por existir un funcionamiento anormal que contraviene los postulados de la lex artis ad hoc o por privar al paciente de su derecho de información o si, por el contrario, el resultado*

dañoso ha de ser soportado por éste quien, conocedor de los posibles riesgos, ha prestado voluntariamente su consentimiento”.

Tercero

Sobre la existencia de responsabilidad patrimonial en el presente supuesto

En principio, es al interesado a quien incumbe acreditar, no sólo la realidad del daño, sino también la relación de causalidad, es decir, que el daño cuyo resarcimiento se solicita ha sido consecuencia del funcionamiento normal o anormal de un servicio público, sin intervención del propio perjudicado o de un tercero que pueda influir en el nexo causal, con la matización que, respecto de este segundo de los requisitos, se desprende de las consideraciones contenidas en el párrafo final del fundamento precedente: la actuación facultativa o, en general, la asistencia sanitaria prestada ajustándose a los criterios de la *lex artis ad hoc* determina la inexistencia de título de imputación de responsabilidad patrimonial a la Administración sanitaria.

En el caso ahora dictaminado ni se ha acreditado la existencia del daño ni, siquiera por vía indiciaria, una infracción de la *lex artis ad hoc*, es decir, en la expresión empleada en el fundamento anterior, de la obligación de prestar la concreta asistencia sanitaria que el caso demandaba.

Respecto del daño, en el escrito planteando la reclamación de responsabilidad patrimonial existe una genérica referencia a riesgos hipotéticos para la vida o de secuelas por el retraso en un día en la realización de un TAC cerebral, tener que esperar unas tres horas ese segundo día por estar haciendo operaciones de mantenimiento y la situación de nervios e inquietud que ello implicaba.

Sin embargo, la reclamante no evalúa económicamente el daño y, requerida para que lo haga en el término de diez días por escrito de 10 de noviembre de 2010, el siguiente día 26 pide ampliación del plazo “*dada la complejidad de asunto*”. El expediente se remite a este Consejo aproximadamente ocho meses después sin que la interesada haya cumplido el requerimiento.

La misma inactividad de la reclamante cabe apreciar en otro trámite del procedimiento importante para ella, el de audiencia. Por escrito de 6 de mayo de 2011, se le da trámite de audiencia; en escrito del día 24, solicita ampliación del plazo para examinar la documentación y poder alegar; remitida por la Instructora la documentación a solicitud telefónica de una hija de la interesada, se acusa recibo de la misma el día 30 de mayo. Pasan más de dos meses hasta que se emite la Propuesta de resolución sin que se presenten documentos o alegaciones ni, pese a conocer los claros y terminantes informes

de la Inspección médica, que refuta, una por una, todas las supuestas anomalías de la atención prestada, y del aportado por la Aseguradora, se proponga prueba alguna.

A la vista de los citados informes y de los emitidos por los distintos Facultativos que atendieron a la reclamante, entendemos debe rechazarse la reclamación planteada porque no existe daño alguno indemnizable ni actuación alguna de los Servicio Públicos Sanitarios no ajustada a una correcta praxis profesional.

En efecto, en ningún momento existió riesgo para la vida de la interesada, puesto que, de ser acertada la impresión clínica tras la realización del TAC de que se trataba de un AIT (accidente isquémico transitorio), la paciente, por sus patologías previas, seguía tratamiento de anticoagulación crónica con Sintrom, adecuado, sin duda, para un AIT. El diagnóstico de sospecha en Urgencias la víspera de la realización del TAC, “hipoglucemia”, respondió a pruebas objetivas (el resultado de la analítica fue glucemia 63), siendo tratada adecuadamente y se solucionó. Es de reseñar que la sintomatología de la hipoglucemia es poliforma y cambiante y puede coincidir con la de un AIT.

Por último, el transcurso del plazo de 14 días entre la realización del TAC y la cita en la Consulta de Neurología entra en límites más que aceptables dada la situación de la paciente.

Por otra parte, tampoco cabe apreciar la existencia de un daño moral por la situación de nervios e inquietud por la negativa o demora en la realización de una determinada prueba solicitada por la reclamante o el retraso en la cita a Consulta de Neurología, al estar motivada tal situación, de concurrir, por la idiosincrasia de la paciente.

Por sus antecedentes, operada de recambio trivalvular, con marcapasos, afectada por numerosas embolias cerebrales desde hace 22 años y tres embolias en ambas piernas, intervenidas dos de ellas en el propio Hospital *San Millán-San Pedro*, no puede extrañar la tendencia de la reclamante a autodiagnosticarse y sugerir las pruebas a realizar para descartar una embolia o hemorragia cerebral. Y, en este caso, ante un episodio de características poco específicas, autolimitado y no presenciado por ningún Facultativo, pidiera y consiguiera en 24 horas se le practicara un TAC, sin que ni el resultado de éste ni la evolución posterior hasta el alta el 24 de junio de 2010, tras la consulta del Servicio de Neurología, confirmara en modo alguno los temores y sospechas de aquélla.

En definitiva, falta el primero de los requisitos cuya concurrencia es imprescindible para que surja la responsabilidad patrimonial de la Administración pública: la realidad de un daño individualizado y evaluable, independientemente de que la atención sanitaria

prestada y la actuación de los profesionales médicos intervinientes en aquélla se haya ajustado a la más estricta *lex artis ad hoc*, según ya hemos destacado y resulta de todos los informes técnicos que obran en el expediente, a los que necesariamente hemos de atenernos ante la ausencia total de prueba alguna que los contradiga.

CONCLUSIONES

Única

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada, al no haber quedado acreditado daño alguno como consecuencia de la actividad sanitaria de los Servicios públicos de salud, totalmente acorde, además, a *lex artis*.

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

Joaquín Espert y Pérez-Caballero
Presidente

Antonio Fanlo Loras
Consejero

Pedro de Pablo Contreras
Consejero

José M^a Cid Monreal
Consejero

M^a del Carmen Ortiz Lallana
Consejera

Ignacio Granado Hijelmo
Letrado-Secretario General