

En Logroño, a 10 de mayo de 2019, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. Joaquín Espert y Pérez-Caballero y de los Consejeros, D. Enrique de la Iglesia Palacios, D. José Luis Jiménez Losantos y D. Pedro María Prusén de Blas, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, habiendo excusado su asistencia por motivo justificado el Consejero D. José M^a Cid Monreal y siendo ponente D. Joaquín Espert y Pérez-Caballero, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

54/19

Correspondiente a la consulta formulada por la Excm. Sra. Consejera de Salud, en relación con la *Reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria núm. 89/2018 formulada por D. E.P.A, en nombre propio, por los daños y perjuicios que entiende causados al ser atendido en el Servicio de Urgencias del SERIS de traumatismo tras accidente de trabajo con secuelas de dolor articular y limitación funcional; y que valora en 160.000 euros.*

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

1. Mediante escrito registrado de entrada en la Oficina Auxiliar del Registro el 9 de agosto de 2018, la Abogado del paciente antes referido presentó la expresada reclamación de responsabilidad patrimonial, que se fundamenta, resumidamente, en lo siguiente:

“El paciente, de 35 años en la fecha de los hechos, relata que, con fecha 18 de noviembre de 2016, sufrió un accidente laboral al caer desde una altura de 1-2 metros; y, al desconocer donde se ubicaba en la zona la M.M, (suscrita con su empresa Y.SA para este tipo de accidentes), acudió al Hospital más cercano, en este caso al Hospital San Pedro (en lo sucesivo, en este dictamen, HSP) donde, tras la realización de las pruebas oportunas se le diagnosticó: "fractura luxación codo izquierdo", sin valorar el golpe que presentaba en la cadera, lo que, a su entender, se acreditó, el 21 de noviembre, cuando acudió a la M.M. En el Servicio de Urgencias del HSP, tras las intervenciones oportunas para colocarle el codo, le dieron el alta ese mismo día, colocándole una férula. Sigue relatando que se le denegó el transporte a su domicilio en ambulancia, tardando más de 3 horas en llegar al mismo.

Al día siguiente, contactó con su Mutua, a la que acudió el lunes siguiente, 21 de noviembre de 2016, emitiéndose el siguiente informe: “fractura cabeza radial, luxación y fractura de rama de pelvis izquierda y probable fractura rama isquiopubiana izquierda no desplazada”.

Con fecha 8 de noviembre de 2017, se le realizan TAC lumbar y pélvico. Afirma que, con fecha 21 de diciembre de 2017, la situación clínica está estabilizada presentando "codo estable y seco, balance articular 70-145 y pronosupinación casi completa”.

Con fecha 4 de enero de 2018, es visto en la Mutua, por presentar dolor en hombro izquierdo y cuello.

Sostiene que, en la actualidad, presenta limitación funcional y dolor en codo izquierdo con movimientos forzados, tornando tratamiento analgésico. Dice presentar las siguientes secuelas: i) limitación funcional y dolor en codo izquierdo; ii) limitación funcional y dolor en muñeca izquierda; iii) dolor pélvico; y iv) cicatrices en codo.

Con relación a los daños y perjuicios sufridos, el (paciente) admite que, con fecha 18/11/2016, sufrió un accidente laboral por precipitación, al caerse de una altura de 1 metro, golpeándose en el codo y cadera izquierdas. A consecuencia de la caída, sufrió lesiones y las secuelas indicadas, pudiendo establecerse relación de causalidad entre el mecanismo de producción del accidente, las lesiones y secuelas descritas.

El período de curación se extendió, desde el 18 de noviembre de 2016, hasta el 21 de diciembre de 2017, cuando considera el proceso estabilizado.

Se le realizaron dos intervenciones quirúrgicas en fecha 7/12/2016 y 22/05/2017.

Finalmente, con fecha de 7 de marzo de 2018, el INSS le reconoció una IPT para su profesión de carpintero.

*El reclamante alega que la responsabilidad del SERIS es evidente: "no fue atendido como correspondía del accidente en el codo, no fue diagnosticado con corrección y no fue tratado convenientemente a su dolencia, obviándose el traumatismo de la cadera que ni siquiera fue considerado por los Servicios de Urgencias del HSP. Considera que las secuelas se habrían evitado si la actuación hubiese sido conforme a *lex artis*. Solicita ser indemnizado en 160.000 euros”.*

2. Acompaña a su reclamación diversa documentación médica y un informe de peritación médica, de fecha 31 de mayo de 2018, del Dr. D. J.I.B.D, Licenciado en Medicina y Cirugía y Magister en valoración médica de daño corporal.

Segundo

Mediante Resolución de 10 de agosto de 2018, se tiene por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial, con efectos del día inmediato anterior y se nombra Instructor del procedimiento.

Tercero

Por carta de fecha 20 de agosto, se comunica, a la Letrado del reclamante, la iniciación expediente, informándole de los extremos exigidos por los arts. 21.4, 24.1.2 y 91.3, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento administrativo común (LPAC'15).

Mediante comunicación del siguiente 20 de agosto, el Instructor se dirige al HSP solicitando se le remitan cuantos antecedentes existan y aquellos datos e informes que estimen de interés relacionados con la asistencia prestada dicho hospital, copia de la historia clínica relativa a la asistencia reclamada exclusivamente y, en particular, informe de los sanitarios intervinientes acerca de la asistencia prestada y situación actual del reclamante.

Cuarto

Mediante escrito de 16 de octubre de 2018, la Dirección Área de Salud remite, a la Secretaría General Técnica, copia de la historia clínica, así como los informes aportados por los Dres. D. A.J.R.A. y D. J.M.I.B.

Quinto

Con fecha 16 de octubre de 2018, el Instructor remite el expediente a la Dirección General de Asistencia, Prestaciones y Farmacia, a fin de que, por el Médico Inspector que corresponda, se elabore el pertinente informe sobre todos los aspectos esenciales de la reclamación, con el fin de facilitar la elaboración de la Propuesta de resolución.

Sexto

El 21 de noviembre de 2018, se remite el informe de la Inspección médica, de la misma fecha, que manifiesta lo siguiente:

*“La reclamación ... se basa fundamentalmente en ... “estar ante una negligencia médica ... la cual ha originado al paciente sufrimientos innecesarios y unas secuelas absolutamente evitables ... (pues el) paciente no fue diagnosticado con corrección y no fue tratado convenientemente a su dolencia y ello al margen de que se obvió el traumatismo en la cadera ... Las secuelas... eran perfectamente evitables de haber tenido una asistencia conforme a *lex artis*, siendo que existe una clara relación causal entre los servicios prestados y el daño causado”. De la frase anterior, cabe deducir, que el paciente... achaca negligencia o mala praxis a la actuación profesional de los Médicos que lo trataron en (el Servicio de) Urgencias del HSP, el 18/11/2016, cuando acude al sufrir un accidente laboral. Además, afirma con contundencia que las secuelas que padece el paciente, y que, en parte, ni siquiera son debidas al accidente, como la tendinosis del supraespinoso, se derivan de esa mala praxis en el (Servicio de) Urgencias del HSP.*

Veamos la actuación profesional en el (Servicio de) Urgencias del HSP:

El paciente, que acude en vehículo particular de un compañero, llega, según el propio escrito de reclamación, a las 16:30 horas, y es valorado inmediatamente. Se observa que su vida no corre peligro inmediato, no hay traumatismo craneoencefálico, ni trauma torácico ni abdominal ni pérdida de conciencia, por lo que la atención se centra en el estudio de las lesiones locales, de codo y cadera en lado izquierdo, de las que el paciente manifiesta dolor e impotencia funcional.

(Es de) añadir que también se descarta afectación distal del paquete vasculo-nervioso de la extremidad superior izquierda.

Se le realizan las pruebas complementarias, incluyendo analítica de sangre y estudio radiológico de codo izquierdo, cadera izquierda y pies.

*Como, puede observarse, en contra de lo que se dice en el escrito de reclamación, **sí se estudió y consideró la cadera izquierda, no apreciando imágenes de fractura en la misma.***

Debo añadir aquí, que no es raro, y por tanto compatible, que en días posteriores, estudios radiológicos confirmen «la existencia de líneas, de posibles fracturas sin desplazamiento», como, al parecer, se señala en este caso.

*Por otro lado, una, vez diagnosticada la fractura- luxación del codo izquierdo se procede a su reducción y estabilización con férula posterior braquial por el Traumatólogo de guardia (y) **se le señala que es preciso control, seguimiento y decisión de tratamiento definitivo en su Mutua laboral.***

*En consecuencia con el párrafo anterior, y en contra de la opinión que (se manifiesta) en su escrito, **sí fue atendido de manera correcta, valorando, en primer lugar, el compromiso inmediato, que el accidente pudiera tener para la vida e integridad física del paciente; y, luego, la atención se centró, tanto en la fractura luxación del codo izquierdo, como también de la cadera.***

Juzgo la actuación profesional de los Médicos que lo atienden en (el Servicio de) Urgencias del HSP correcta y adecuada, a la situación que, desde un Servicio de Urgencias Hospitalario, debe darse, remitiendo en este caso, al tratarse de un accidente laboral, a la Mutua, para su control y tratamiento definitivo.

Por otro lado, y según se narra en el propio escrito de reclamación, el paciente acude, al día siguiente, sábado, a los Servicios de su Mutua, en Cantabria; y se le remite al lunes día 21 para ser atendido.

Y, cuando, el 21, acude a consulta con su Mutua, consultado el Traumatólogo, no altera ninguna pauta dada en (el Servicio de) Urgencias del HSP, indicando que no precisa de intervención quirúrgica urgente alguna, ni por el codo ni por la cadera, dándole cita de consulta para días posteriores.

En el supuesto de una mala solución, (que, a mi juicio, nunca se produjo), bien el propio sábado o días inmediatamente posteriores, podría haberse alterado dicho tratamiento; y, por lo manifestado, ni el sábado, es decir al día siguiente de acudir (al Servicio de) Urgencias del HSP; ni los siguientes días, se alteró el curso de lo realizado en (el referido Servicio de) Urgencias de dicho Centro.

La (reclamación), además afirma (sin aportar fundamento técnico alguno, puesto que ni siquiera el informe pericial presentado de parte, da pie para dicha interpretación), que existe una relación clara de causa y efecto, entre la pretendida mala praxis de su atención en (el Servicio de) Urgencias, del HSP y las secuelas que padece el paciente y que parecen definitivas.

El tratamiento aplicable a este tipo de fracturas por parte del Traumatólogo (en el Servicio de) Urgencias es el adecuado, y ello no implica que no sea preciso, en días y semanas posteriores, realizar, según evolucione la fractura, algún otro tratamiento quirúrgico estabilizador. Por ello, se le indica claramente la necesidad de acudir a su Mutua para que realicen en adecuado control, seguimiento y tratamiento definitivo. Y, a veces, sucede, que habiendo realizada un tratamiento correcto en todo el proceso -no solamente en (el Servicio de) Urgencias- es inevitable la aparición de ciertas limitaciones en la articulación del codo. Es lógico suponer... que, si la atención (en el Servicio de) Urgencias del HSP hubiera sido correcta, se hubiera actuado con prontitud en el ámbito de atención prestada por la Mutua (en vez de) darla por buena y citarla en consulta para días posteriores”.

El Informe de la Inspección médica concluye afirmando lo siguiente:

“Por lo expuesto en los párrafos anteriores, así como por lo visto en el contenido de este expediente, considero que, la atención, el diagnóstico y tratamiento quirúrgico realizados al paciente en el (Servicio) de Urgencias del HSP, han sido adecuados, y que, en ningún caso, hay elemento alguno del que pueda deducirse mala praxis.

Tampoco tiene fundamento clínico-técnico alguno relacionar las secuelas que padece el paciente con la actuación realizada por los Facultativos que lo atendieron en (el Servicio de) Urgencias; y que, como ya se ha dicho, se informó al paciente de que el seguimiento control y tratamiento definitivo de las lesiones resulta necesario, y, en este caso, le corresponde a su Mutua laboral, por tratarse de un accidente laboral”.

Séptimo

Obra seguidamente en el expediente un informe pericial emitido por la Consultora médica P. para la Aseguradora del SERIS, de fecha 30 de enero de 2019, firmado por el Dr. P.C, Especialista en Cirugía ortopédica y Traumatología, que establece las siguientes **conclusiones generales:**

-La actuación realizada en (el Servicio de Urgencias del HSP) fue impecable.

-El manejo posterior en la Mutua laboral fue, asimismo, correcto.

-Las complicaciones y secuelas padecidas por el paciente son consecuencia de la gravedad de la lesión y, en ningún caso, del tratamiento realizado, el cual fue óptimo desde el inicio (de la atención en el Servicio de Urgencias del HSP).

-En ningún momento se escatimó en medios materiales ni humanos, siendo el paciente valorado por un equipo multidisciplinar.

-En ningún momento, desde que se inició el proceso del paciente hasta la fecha actual, existe el más mínimo indicio de mala praxis.

Dicho informe pericial establece la siguiente **conclusión final**:

“La asistencia prestada (al paciente) en relación a su lesión de codo izquierdo ha sido, en todo momento, correcta y se han empleado los medios necesarios para su mejor resolución. Por lo que este perito considera, a la vista de todo lo anterior, que la actuación profesional médica prestada a (a dicho paciente) por parte del SERIS ha cumplido, según mi leal saber y entender, todos los postulados de la lex artis ad hoc.

Octavo

Mediante escrito de fecha 5 de febrero de 2019, notificado el siguiente día 7, el Instructor confirió el trámite de audiencia a la Letrado del reclamante.

Noveno

Con fecha de 5 de marzo de 2019, el Instructor del expediente emitió la Propuesta de resolución en el sentido de que se desestime la reclamación que por no ser imputable el perjuicio alegado al funcionamiento de los Servicios públicos sanitarios.

Décimo

La Secretaría General Técnica, el día 6 de marzo de 2019, remitió, a 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.

Décimo primero

Registrado de entrada el mismo día 6 de marzo, obra en el expediente un escrito de alegaciones de la Letrado del reclamante, supuestamente en trámite de audiencia, en el que se limita a insistir en las genéricas manifestaciones de su reclamación inicial.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito fechado el 18 de marzo de 2019, registrado de entrada en este Consejo el día inmediato siguiente, la Excm. Sra. Consejera de Salud del Gobierno de La Rioja,

remite al Consejo Consultivo de La Rioja, para dictamen el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

Mediante escrito firmado, enviado y registrado electrónicamente de salida el 20 de marzo de 2019, 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 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

1. En cuanto a la **preceptividad** de nuestro dictamen, en el presente caso, se reclama una indemnización superior a 50.000 euros (en concreto, 160.000 euros), por lo que nuestro dictamen es preceptivo, a tenor de lo establecido en el artículo 11 -g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción dada por la Ley 7/2011, de 22 de diciembre, en relación con: i) el art. 65.4 de la Ley (de la CAR) 4/2005, de 1 de junio, de Funcionamiento y régimen jurídico de la Administración de la CAR, redactado por la precitada Ley riojana 7/2011; y, ii) el art. 81.2 de la Ley (estatal) 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento administrativo común de las Administraciones públicas (LPAC'15); preceptos de los que resulta que procede recabar el dictamen del Consejo de Estado o del Órgano consultivo de la Comunidad Autónoma respectiva, en este caso el Consejo Consultivo de La Rioja, cuando el importe de la indemnización reclamada sea de cuantía igual o superior a 50.000 euros.

2. En cuanto al **contenido** del dictamen, a tenor del art. 81.2, párrafo 3, de la LPAC'15, el mismo 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 LPAC'15, así como en el art. 34.2 de la Ley (estatal) 40/2015, de

Régimen jurídico del Sector público (LSP'16), que se remite a los criterios de la legislación en materia fiscal, de expropiación forzosa y demás normas aplicables, ponderándose, en su caso, las valoraciones predominantes en el mercado; y pudiendo, en los supuestos de muerte o lesiones corporales, tomar como referencia la valoración incluida en los baremos de la normativa vigente en materia de seguros obligatorios y de la Seguridad social.

Segundo

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

Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 de la Constitución, 32.1 LSP'15 y 65,67,81, 91.2 LPAC'15) 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 (plazo que, en el caso de daños personales de carácter físico o psíquico, empezará a computarse desde la curación o determinación del alcance de las secuelas).

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 D.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 D.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

1. No denunciándose falta de información, habremos de examinar la actuación de los Servicios públicos sanitarios a la luz del otro de los parámetros indicados en el Fundamento de Derecho anterior, el de si existe o no infracción de la *lex artis ad hoc*, que es el criterio positivo de imputación de responsabilidad, por el daño producido, a la Administración sanitaria; vulneración de la *lex artis* que ha de vincularse, en relación de causa efecto, con el daño cuya reparación se reclama, y correspondiendo al reclamante la prueba, no sólo de la concurrencia de una mala praxis, sino también de la relación de causalidad.

Tanto del escrito planteando la reclamación, como del, extemporáneo, de alegaciones en trámite de audiencia, se deduce que la mala praxis se imputa al Servicio de Urgencias del HSP de Logroño al afirmar que, “*tras las pruebas que se le realizaron, se le diagnosticó de fractura-luxación de codo izquierdo, sin entrar a valorar el golpe que igualmente registraba en la cadera y que se refirió a los Servicios médicos en el mismo momento”.* También alega que, tras colocársele una férula, el paciente fue dado de alta, negándosele una ambulancia para ser trasladado a su domicilio, con la excusa de que estaba presente el compañero de trabajo que lo había llevado al Servicio de Urgencias con un vehículo propio.

Tratándose de un accidente laboral, la caída que causó el traumatismo (por el que se trató al reclamante en el Servicio de Urgencias del HSP), lógicamente, tras esa atención, pasó a la Mutua aseguradora de tal contingencia. Por ello, nuestro dictamen ha de limitarse a la atención prestada al reclamante en aquel Servicio de Urgencias, sin que debamos

juzgar toda la posterior al alta en tal Servicio, producida el mismo día 18 de noviembre de 2016, fecha del accidente. Así, expresamente, se hace constar, en el informe de asistencia en el Servicio de Urgencias: *“control, seguimiento y decisión de tratamiento definitivo, en su Mutua laboral”*.

3. Anticipemos que, en nuestra opinión, no hay prueba alguna de mala praxis médica ni asistencial, aun cuando el reclamante acompaña, a su escrito inicial, un informe pericial, emitido por un Especialista en valoración médica del daño corporal. Ahora bien, este informe no tiene más valor, independientemente de la valoración de las secuelas por aplicación del baremo, que el de afirmar la relación de causalidad entre la caída, el cuadro clínico y las secuelas. Pero, en modo alguno, ni directa ni indirectamente, considera tales secuelas consecuencia de una incorrecta praxis médica, ni diagnóstica, ni de tratamiento.

Son, pues, meras manifestaciones del reclamante, sin apoyatura probatoria alguna, las de que *“no fue atendido como correspondía del accidente en el codo, no fue diagnosticado con corrección y no fue tratado convenientemente a su dolencia, obviándose el traumatismo de la cadera que ni siquiera fue considerado por los Servicios de Urgencias del HSP”*.

4. Nos centraremos en esta supuesta infracción de la *lex artis*, toda vez que la otra, referida a la negativa a proporcionarle una ambulancia para traslado a su domicilio tras el alta, no merece mayores comentarios. Ni existe razón alguna objetiva que imponga tal necesidad, ni siquiera se alega daño concreto alguno derivado del traslado en un vehículo normal.

5. Pues bien, la pretendida mala praxis de diagnóstico, tratamiento y no atención al traumatismo de la cadera no se sostiene. Entre las pruebas complementarias que se le realizan en el Servicio de Urgencias el día del accidente, figura un estudio radiológico de codo izquierdo, cadera izquierda y pies; por lo que, en contra de lo que se dice en el escrito de reclamación, sí se estudió y consideró la cadera izquierda.

Ciertamente, no se aplicó tratamiento alguno a la cadera, al no apreciarse imágenes de fractura de la misma, lo que, como argumenta el informe de la Inspección médica, es compatible con que estudios radiológicos de días posteriores aprecien la existencia de líneas de posibles fracturas sin desplazamiento, como, al parecer, ocurrió en este caso. De hecho, tal apreciación no determinó modificación alguna al tratamiento inicialmente instaurado.

El diagnóstico de fractura-luxación del codo izquierdo y su tratamiento inmediato, en el Servicio de Urgencias del HSP, mediante reducción y estabilización con férula posterior braquial, fue correcto y adecuado, coincidiendo en ello el informe de la

Inspección médica y el de la Consultora médica *P*, calificándolo este último de “*impecable*”, añadiendo que las complicaciones y secuelas padecidas por el paciente son consecuencia de la gravedad de la lesión y, en ningún caso, “*del tratamiento realizado, el cual fue óptimo desde el inicio de la urgencia en el HSP*”. Ambos informes concluyen que no existe el más mínimo indicio de mala praxis.

Como ya hemos anticipado, no contradice estas conclusiones el informe pericial aportado por el reclamante.

Es más, entendemos que la asistencia prestada al paciente por los Servicios de la Mutua aseguradora, tras ser dado de alta en el Servicio de Urgencias del HSP, confirma que la asistencia prestada a dicho paciente por este Servicio de Urgencias del HSP fue totalmente acorde a *lex artis* y, en modo alguno, puede imputarse a la misma el resultado dañoso cuyo resarcimiento se reclama.

En efecto, al día siguiente mismo de la atención prestada por el Servicio de Urgencias del HSP acude el interesado a los de su Mutua en Cantabria, en la que se le remite al lunes día 21 para ser atendido. Y, cuando acude a consulta ese día, el Traumatólogo de dicha Mutua no altera ninguna pauta dada en el Servicio de Urgencias del HSP, indicando que no precisa de intervención quirúrgica urgente alguna, ni por el codo ni por la cadera, dándole cita de consulta para días posteriores. En caso de haberse prescrito o realizado algún tratamiento incorrecto, hubiera sido apreciado y alterado por los Servicios de la Mutua, lo que no se produjo.

6. En definitiva, no existiendo, insistimos, prueba alguna en contrario, que contradiga el criterio mantenido por los informes de la Inspección médica y el de la Consultora médica *P*, hemos de aceptar el mismo y concluir que no existe mala praxis alguna que permita fundar la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria en el presente caso.

CONCLUSION

Única

Procede desestimar la reclamación planteada, al no concurrir criterio positivo alguno de imputación de responsabilidad a los Servicios públicos sanitarios de la Comunidad Autónoma de La Rioja, por ajustarse su actuación, rigurosa y estrictamente, a la *lex artis ad hoc*.

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