

En Logroño, a 30 de enero de 2012, 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. Pedro de Pablo Contreras, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

4/12

Correspondiente a la consulta trasladada por el Excmo. Sr. Consejero de Salud y Servicios Sociales en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria presentada por D. M. M. G. G., por los daños, a su juicio, causados por diagnóstico y tratamiento en el SERIS de una arritmia cardiaca que fue luego tratada en un Centro privado; y que cuantifica en 50.000 euros.

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

El citado reclamante, de 67 años, tuvo un infarto de miocardio de cara anterior en 1989 y una cirugía de *by pass* aortocoronario en 1990 (4 injertos, uno de ellos con arteria mamaria a la DA y el resto con vena safena). Desde entonces hasta 1999, evolucionó de manera estable y asintomática, siguiendo revisiones en la consulta de Cardiología.

En el año 2001, se le diagnosticó un bloqueo auriculoventricular completo, por lo cual se le implantó un marcapasos (MP) permanente en el modo VDD en el Hospital *San Millán/San Pedro*, de Logroño (en adelante HSMSP) perteneciente al Servicio Riojano de Salud (en adelante, SERIS). Se trata de un dispositivo de estimulación eléctrica externo para mantener los estímulos cardíacos bloqueados o perdidos (np).

En el año 2008, se le colocó un recambio del generador del marcapasos, concretamente un modelo *St Jude* en modo DDDR. Al parecer, la evolución era satisfactoria y el paciente seguía las revisiones y el tratamiento indicado. Los informes de ambas revisiones no señalan ningún dato de deterioro cardiocirculatorio.

Segundo

El paciente refiere en su escrito de reclamación que, en la Navidad 2010-2011, empieza a sentirse muy mal, con un gran cansancio, ansiedad y sensación de falta de aire, hinchazón del vientre, las piernas y los tobillos; indicando que le trae un triste recuerdo la muerte de su hijo en un atentado. Por eso, acude a su Médico de atención primaria, los días, 18 y 28 de enero, el cual, tras valorarle, le hace un electrocardiograma, le diagnostica una fibrilación auricular (FA) y le envía, con cita preferente, al Cardiólogo, Dr. F.de T.

Éste le recibió el 8 de febrero de 2011, diagnosticándole una arritmia (fibrilación auricular) e indicándole *Trangorex* (amiodarona) y el anticoagulante *Sintrón*. Al mismo tiempo, le pide una analítica y un ecocardiograma, con el fin de proceder con una cardioversión eléctrica de la arritmia. Atendiendo al diagnóstico, que no estimaba que concurrieran razones de urgencia, el ecocardiograma fue programado para el día 16 de junio de 2011.

No obstante y dada su inquietud, el paciente –según indica él mismo– también acudió, el día 8 de febrero de 2011, a la consulta particular del Cardiólogo Dr. M., que le recomendó varios días de reposo y, al parecer, un diurético, puesto que el paciente refiere que orinó bastante y bajaron los edemas. Igualmente acudió, los días 11 de febrero y 10 de marzo, a su Médico de atención primaria.

Tercero

El 15 de marzo de 2011, el paciente acude al Servicio de Urgencias del HSMSP. Según el correspondiente informe, llega a las 12:07 horas, siendo dato de alta a las 16:15 horas. El motivo de consulta es disnea de pequeños esfuerzos (desde hace meses), no ha superado la muerte de su hijo en un atentado, se encuentra con ingesta dificultosa, pesadas digestiones, con nudo en el epigastrio y muy nervioso. Se acompaña de palpitations ocasionalmente, no descansa por las noches, no tiene cuadros infecciosos previos ni acompañantes; tomando *Seguril* desde 15 días antes, pautado por Médico privado. En el examen físico, no se describen signos de insuficiencia cardíaca; los marcadores enzimáticos de daño miocárdico (troponinas) eran normales; la Rx del tórax, con leve cardiomegalia, pero sin signos de congestión pulmonar; el resto de la analítica era normal, salvo el Pro- BNP (péptido natriurético atrial) en 1377 pg (elevado). A continuación, fue valorado por el Cardiólogo de guardia, Dr. L., que descartó patología cardíaca aguda en ese momento; mantuvo los diagnósticos previos anteriores y agregó el de ansiedad *post stress*, recomendando una valoración por los Servicios de Psicología o Psiquiatría. Se le da el alta a su domicilio, firmada por la Dra. E. A. M.

El 23 de marzo de 2011, el paciente volvió a acudir a la consulta de su Médico de atención primaria que, por un posible efecto secundario del *Citalopran* se lo cambió por *Venlafaxina*.

El 31 de marzo de 2011, le asistieron en su domicilio los Facultativos del Servicio de Urgencias del 061. El paciente se quejaba de disnea aguda, sin dolor torácico, por lo que se le hizo un examen, a resultados del cual no consideró necesario su ingreso hospitalario, manteniendo su tratamiento habitual, al que únicamente se añadió un ansiolítico (*Diazepan*).

El 3 de abril de 2011, el paciente acude de nuevo al Servicio de Urgencias del HSMSP a las 12:01 horas, permaneciendo hasta las 16:15 horas. El síntoma principal era un dolor abdominal, de localización periumbilical, y vómitos de contenido alimentario. La exploración física no mostró ningún signo de insuficiencia cardiorrespiratoria ni de patología aguda abdominal; en el ECG, ritmo de MP; la Rx del tórax, sin signos de congestión pulmonar, y tampoco se encuentran datos patológicos en la Rx simple del abdomen; la analítica estaba dentro de los rangos de la normalidad. El diagnóstico fue de vómitos aislados, se le indicó *Primperan* (metoclopramida, antiemético y regulador de la motilidad gástrica, np) y el paciente fue enviado a su domicilio.

Por último, el 5 de abril, volvió a ser atendido por su Médico de atención primaria, al que entregó los indicados informes del Servicio de Urgencias, tanto de la recibida a domicilio cuanto de la prestada en el HSMSP. El paciente le comentó su decisión de acudir a la C. U. de N. (CUN) (informe, según consta en el de Atención Primaria del Dr. J. L. O. I.).

Cuarto

El 6 de abril de 2011, en efecto, acude a la CUN, donde cuenta a su Médico la sintomatología ya conocida y dice que había perdido 6 Kg de peso desde el mes de Enero. El tratamiento en ese momento era con *Cesplon* (captopril) *Colemin* (simvastatina) *Sintron*, *Trangorex*, *Seguril* 1c día y *Lorazepan*. En el informe, se hace una descripción del examen físico y no se menciona ningún hallazgo de insuficiencia cardíaca congestiva ni respiratoria; se menciona fóvea (por edema) en tobillos; el ECG, en ritmo de MP; la Rx del tórax, cardiomegalia grado II/IV, borde cardíaco derecho prominente, elevación de la cisura menor de aspecto cicatrizal, imágenes sugestivas de bronquiectasias; se menciona un probable pinzamiento del seno costofrénico derecho y de los senos costofrénicos posteriores, en probable relación con derrame pleural derecho.

En la propia CUN, se le hizo un ecocardiograma, que reveló ventrículo izquierdo dilatado 70 mms (normal hasta 56 mms), aquinesia anterior, septal y apical extensa e hipokinesia en el resto de los segmentos. Insuficiencia mitral severa; fracción de eyección del VI (FE) del 15 % (deprimida), ventrículo derecho dilatado (VD), con FE del mismo disminuida 45 %; dilatación de ambas aurículas; insuficiencia tricúspide moderada, con presión arterial pulmonar elevada de 50 mms Hg, electrodos de MP en ventrículo derecho.

Finalmente, se procedió a la implantación de un desfibrilador automático implantable (DAI), con terapia de resincronización (TRC) DDDR, con electrodo de estimulación en ambos ventrículos. El paciente fue dado de alta el 13 de abril de 2011, con el diagnóstico de miocardiopatía isquémica, IAM antiguo, implantación DAI e insuficiencia cardíaca crónica reagudizada.

Quinto

Con fecha 5 de mayo de 2011, tuvo entrada en el Registro de la Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja la reclamación de responsabilidad patrimonial de la misma fecha presentada por el paciente por los daños y perjuicios que entiende se le han causado como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada por el SERIS. Requerido para precisar la indemnización solicitada, en escrito de 12 de mayo de 2011 vino a exigir el pago de 50.000 euros, que justifica en la necesidad de pagar los servicios prestados por la CUN y en el resarcimiento de los daños morales que estima padecidos.

Sexto

Seguido el expediente en todos sus trámites, con fecha 20 de diciembre de 2011 se dictó Propuesta de resolución, por la que se plantea desestimar la reclamación por no ser imputable el daño alegado, al funcionamiento de los servicios públicos sanitarios.

La Dirección General de los Servicios Jurídicos se muestra conforme con la Propuesta de resolución en su informe, emitido el 23 de diciembre de 2011.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito de 26 de diciembre de 2011, registrado de entrada en este Consejo el día 29 de diciembre de 2011, el Excmo. Sr. Consejero de Salud y Servicios Sociales 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 29 de diciembre de 2011, registrado de salida el día 30 de diciembre 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.

Atendida la fecha del expresado trámite de audiencia (criterio señalado en Dictámenes anteriores; cfr D.73/05; D.106/05 y D.124/05, entre otros), es preceptiva la emisión del presente dictamen conforme a lo dispuesto en el artículo 11 G) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción del mismo por la Ley 5/2008, de 23 de diciembre, de Medidas Fiscales y Administrativas para el año 2009, por ser la cuantía de la reclamación superior a 6000 euros, en concordancia con el cual ha de ser interpretado el artículo 12 G) del Decreto 8/2002, de 24 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de este Consejo Consultivo.

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

Inexistencia de responsabilidad de la Administración

En el presente caso, el inevitable y necesario análisis de la relación de causalidad en sentido estricto —esto es, la determinación, libre de conceptos jurídicos, de cuáles son las causas que objetivamente, conforme a la lógica y la experiencia, explican que un concreto resultado dañoso haya tenido lugar— conduce de forma palmaria, a nuestro juicio, a negar cualquier enlace entre los daños cuya indemnización se pretende y la atención sanitaria prestada al interesado por el SERIS.

Como hemos explicado reiteradamente, 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.

En este sentido, y como hemos manifestado muchas veces, en el ámbito sanitario, la relación de causalidad en sentido estricto presenta inevitablemente una característica peculiar, que es la de que siempre concurrirá como causa del resultado dañoso el estado del paciente, por lo que la eventual responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria obliga siempre a determinar, por lo pronto, si la concreta actuación médica merece o no la condición de causa (*concausa*, habrá que decir) del daño padecido, esto es —conforme a la doctrina de la *condicio sine qua non*—, si la misma constituye o no una condición empírica antecedente sin cuya concurrencia el resultado dañoso, en su configuración totalmente concreta, no habría tenido lugar. Sólo si se llegara inequívocamente a la conclusión de la participación causal, por acción o por omisión (así, con carácter general, cfr. art. 1.902 Cc.), de la atención sanitaria recibida en el resultado dañoso, habría de avanzarse, para determinar la responsabilidad patrimonial de la Administración, en los criterios de imputación de la misma que resultan específicamente predicables en este ámbito.

Pues bien, en el caso planteado, resulta claro que todos los daños por los que se reclama tienen como causa exclusiva el estado psicológico del paciente, que es la única *condicio sine qua non* a los que aquéllos pueden objetivamente imputarse, careciendo de toda relevancia la atención sanitaria prestada, tanto por el SERIS cuanto por la C. U. de N. a la que aquél voluntariamente acudió. Así lo prueba indefectiblemente, a nuestro juicio, que, tras la actuación de la CUN, el paciente volviera a padecer y a ser diagnosticado de *trastorno ansioso*, tal y como resulta del informe de la consulta de Psiquiatría del HSMSP (firmado por la Dra. A. B. M.), a la que aquél acudió el 13 de julio de 2011, que obra en el expediente.

En definitiva, los daños cuya indemnización se reclama –tanto los morales cuanto el reembolso de los gastos que comportó para el paciente la decisión de acudir a la Medicina privada– tienen su origen en ese trastorno psicológico o psiquiátrico derivado de su propia dolencia y agravado por otros sucesos, como la muerte de un hijo en un atentado, en absoluto imputables al SERIS.

De hecho, y como resulta de todos los informes médicos obrantes en el expediente, la atención sanitaria prestada por éste fue en todo momento conforme con la *lex artis ad hoc*; y, aunque el estado de ansiedad del paciente le lleve a imputar tales daños a la misma, lo cierto es que tal ansiedad es la causa que objetivamente, conforme a la lógica y la experiencia, explica que el concreto resultado dañoso por el que se reclama haya tenido lugar.

No hay, por consiguiente y en conclusión, relación de causalidad en su sentido más estricto entre los daños cuya indemnización pretende el paciente y la atención recibida por él en el SERIS; y, además, tal y como resulta de todos los informes técnicos obrantes en el expediente, la prestada no puede calificarse sino como conforme con la *lex artis*; todo lo cual determina, a juicio de este Consejo Consultivo, que debe desestimarse la reclamación.

CONCLUSIONES

Única

La pretensión de indemnización ejercitada por el reclamante debe ser desestimada, puesto que los daños por los que reclama no son imputables al funcionamiento de los servicios públicos sanitarios.

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