En Logroño, a 20 de febrero 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. Joaquín Espert y Pérez-Caballero, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

10/12

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 presentada por D. M. Á. R. G. por daños y perjuicios que entienda causados por el SERIS en el tratamiento de una hemorragia nasal con importantes secuelas neurológicas y que valora en 60.000 euros.*

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del Asunto

Primero

Con fecha 5 de noviembre de 2010, los hijos del paciente presentan la expresada reclamación en el Servicio de Atención al Paciente del Hospital *San Pedro*, que, en síntesis, expone lo siguiente:

-El anterior 24 de abril, ingresaron (al paciente), a través del Servicio de Urgencias, en el Hospital San Pedro, con una hemorragia nasal que, tras diversos taponamientos, no consiguen que cesara, por lo que es intervenido, el 4 de mayo, sin resultado, siendo reintervenido, los días 6 y 7, en el que se procede a hacerle una embolización. El día 8, pasa, de nuevo, por quirófano y, el 11, como no dejaba de sangrar del todo, se le realiza otra embolización, tras la cual el sangrado apreciado por la tarde era mínimo, casi residual.

-El miércoles 12 de mayo, al pasar consulta el Dr. L.a, comenta a los familiares presentes en ese momento que él se va de vacaciones y quiere dejar zanjado el asunto, por lo que decide volver a bajarle a quirófano y proceder a coser la carótida externa, intervención sobre la que informa satisfecho el Dr. L.. Sin embargo, a los 10 minutos, se les dice que, estando el paciente en la Sala de recuperación, ha sufrido una hemiplegia en el lado izquierdo del cuerpo. Entra de nuevo en quirófano “para deshacer parte de la operación” y, al cabo de 1 hora, se les dice que parece haber recuperado la movilidad del lado izquierdo, aunque, al día siguiente, comprobaron que el paciente estaba aturdido y no movía ni el brazo ni la mano, confirmando, tras las pruebas pertinentes, que había sufrido un infarto cerebral.

-El proceso se complicó con una neumonía, que le mantuvo ingresado en la UMI varios días. Pasado a planta, empezaron a hacerle rehabilitación en la habitación y, posteriormente, en el gimnasio del Hospital, hasta el alta, producida el 16 de julio.

-Pese a sus requerimientos, tardaron una semana en programarle rehabilitación, a la que acudió hasta primeros de octubre, en que fue dado de alta por la Dra. S., aunque continuaba sin movimiento en la mano.

-A los 4 días, acuden a la consulta del Neurólogo y del Otorrino, considerando ambos beneficioso que continúe con la rehabilitación. Pedida cita con el Fisioterapeuta del Carpa, éste informa que no cree necesario continuar con la misma, decidiendo llevar a su padre a un Fisioterapeuta de pago para que continúe con la rehabilitación.

Terminan el escrito solicitando que la Seguridad Social continúe haciéndose cargo de la rehabilitación, bien enviándole al Carpa, al Hospital *San Pedro* o abonando el coste del fisioterapeuta privado.

Acompañan a su escrito informes de alta de hospitalización del Servicio de Otorrinolaringología, de 24 de abril de 2010, y de la Unidad de Medicina Intensiva, de 12 y 16 de mayo, e informe de la consulta de Neurología de 24 de agosto.

En respuesta a una solicitud telefónica del Servicio de Atención al Paciente, mediante escrito de 20 de enero de 2011, el paciente remite fotocopia de 8 facturas del Centro de Fisioterapia y Rehabilitación Anesma, por un importe total de 469 €.

Y, mediante carta del siguiente 17 de febrero, registrada de entrada el día 22, el propio paciente ratifica la reclamación presentada por sus hijos en el Servicio de Atención al Paciente el 5 de noviembre de 2010.

Segundo

Mediante Resolución de 1 de marzo de 2011, se tiene por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial, con efectos del día 22 de febrero, y se nombra Instructora del procedimiento.

Tercero

Por carta de fecha 2 de marzo, se comunica al interesado la iniciación del expediente, informándole de los extremos exigidos por el artículo 42-4º de la Ley 30/1992.

Cuarto

Mediante comunicación interna del mismo día 2, la Instructora se dirige a la Dirección Gerencia del Área de Salud de La Rioja-Hospital *San Pedro*, solicitando cuantos antecedentes, datos e informes estime de interés relacionados con la asistencia sanitaria prestada en el Hospital *San Pedro* al paciente; una copia de la historia clínica relativa a la asistencia reclamada exclusivamente; en particular, informe de los Facultativos intervinientes sobre la asistencia prestada y la situación actual del paciente.

La solicitud es reiterada los días 12 de mayo y 8 de junio de 2011.

Quinto

En el intervalo entre una y otras solicitudes, con fecha 7 de marzo, el interesado presenta nuevo escrito en el Servicio de Atención al Paciente en el que reitera la relación fáctica del presentado anteriormente por sus hijos, añadiendo en aquél que, en la actualidad, necesita una persona para realizar las funciones diarias, tales cómo vestirse, lavarse, hacer la comida, etc., solicitando una indemnización de 60.000 euros. Acompaña informe de alta hospitalaria del Servicio de Otorrinolaringología, de fecha 16 de julio de 2010.

Sexto

Mediante escrito de 23 de junio, la Gerencia de Área remite al Servicio de Asesoramiento y Normativa copia de la historia clínica del reclamante y los informes aportados por los Dres. L. N., P. L. y H. de la B.

Séptimo

Con fecha 8 de julio, la Instructora 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.

Octavo

El Informe de Inspección, de fecha 5 de septiembre de 2011, establece las siguientes conclusiones:

“1.-(El paciente) sufrió una epistaxis recidivante por la que fue ingresado en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital San Pedro.

2.- El sangrado requirió sucesivas intervenciones, cediendo finalmente, pero desarrollando entonces el paciente un déficit neurológico secundario a un accidente cerebro vascular, así como una neumonía y, con posterioridad, un cuadro de epilepsia vascular. Dichas complicaciones recibieron el oportuno seguimiento por parte de los Servicios Medicina Intensiva, Neumología y Neurología del Hospital San Pedro.

3.-(El paciente) padece una serie de secuelas motoras también consecuencia del accidente cerebro vascular padecido en el mes de julio de 2010, secuelas para las que ha sido atendido en el Servicio de Rehabilitación del Hospital San Pedro.

4.- Nos encontramos, pues, ante un caso en que una patología aparentemente menor, como es un sangrado nasal, recibe tratamiento y, en el curso de dicho tratamiento, surgen complicaciones no deseadas. En este caso, la elección de tratamiento es correcta, pues, según la bibliografía consultada y correspondiente con un estudio publicado en noviembre de 2010 por la Revista especializada Acta Otorrinolaringológica Española y que se adjunta, las alternativas terapéuticas al taponamiento son la embolización de la arteria esfenopalatina o la ligadura arterial, de la arteria esfenopalatina, la maxilar interna, la etmoidal anterior o posterior o la carótida externa; todas ellas con sus respectivos riesgos o complicaciones.

5.- En cuanto a las complicaciones, la angiografía con embolización de la rama sangrante tiene una elevada tasa de las mismas, en torno al 27 %, siendo las más frecuentes hasta el momento las neurológicas (50%), como hemiplegia, oftalmoplegia, parálisis o parestesias faciales, ceguera, infartos cerebrales, causadas por embolización accidental de arterias cerebrales. En este caso concreto, la posibilidad de riesgo se multiplica ante la necesidad de repetir los procedimientos más de una vez, dada la naturaleza incoercible de dicho sangrado.

6.-Encontramos, además, en la historia clínica informatizada del paciente, distintos consentimientos informados para procedimientos como ligadura de arteria esfenopalatina (creado por el Dr. Calzada el día 13/05/2010 y que se adjunta) y para la embolización vascular (folio nº 68 del expediente).En ambos casos se mencionan expresamente la posibilidad de sufrir complicaciones neurológicas como consecuencia de trombosis de arterias cerebrales.

7.-Según toda la documentación disponible y la obtenida por esta Inspección Médica, tras la aparición de complicaciones, se procedió al tratamiento de las mismas y lo mismo se puede afirmar del tratamiento de las secuelas sufridas por el paciente.

8.-En consecuencia, considero que, pese la desafortunada evolución de la patología presentada por (el paciente), la atención prestada al paciente ha sido adecuada, ajustada a la lex artis y de acuerdo con las posibilidades del sistema sanitario.”

Noveno

Obra a continuación en el expediente el dictamen médico emitido a instancia de la Aseguradora, de fecha 1 de noviembre, que establece las siguientes conclusiones:

“1.-El paciente fue correctamente diagnosticado y tratado de su hemorragia al ingresar en Urgencias.

2.-A pesar de los tratamientos correctos, el cuadro hemorrágico no cedió y fue necesario recurrir al tratamiento quirúrgico y a la embolización arterial, como tratamiento de siguiente nivel, dada la gravedad de la hemorragia. Esta decisión es correcta.

3.-El paciente se encontraba, a mi juicio, suficientemente informado de los riesgos de los procedimientos y otorgó por escrito conformidad con la información recibida y consentimiento para la realización de los mismos.

4.- Las diferentes técnicas quirúrgicas y de embolización se llevaron a cabo de forma correcta y eran imprescindibles para salvar la vida del paciente.

5.- La complicación surgida es un riesgo inherente al procedimiento realizado. No se puede afirmar que se deba a consecuencias de un tratamiento insuficiente o incorrecto.

6.- Los tratamientos que se llevaron a cabo para solucionar esta complicación eran los correctos en cada momento. El cuadro fue correctamente diagnosticado y tratado.

7.- Las secuelas del mismo, se han minimizado al máximo y eran inevitables.

8.- No observo ningún tipo de actuación médica que se aparte de la "lex artis ad hoc" en este caso.”

Décimo

Mediante escrito de 17 de noviembre, la Instructora se dirige al reclamante dándole trámite de audiencia y, el siguiente día 5 de diciembre, comparece el interesado en el Servicio de Asesoramiento y Normativa y se le proporciona copia de todos los documentos obrantes en el expediente.

Décimo primero

El interesado formula alegaciones por escrito registrado de entrada el día 14 de diciembre, insistiendo en sus argumentos y pretensiones y alegando defectos en el consentimiento informado.

Décimo segundo

Con fecha 30 de diciembre de 2011, la Instructora del expediente emite la Propuesta de resolución, en el sentido de desestimar la reclamación formulada por no ser imputable el perjuicio alegado al funcionamiento de los Servicios públicos sanitarios

Décimo tercero

El Secretario General Técnico, el día 11 de enero de 2012, 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 día 17 de enero.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito fechado el 18 de enero de 2012, registrado de entrada en este Consejo el día 24 de enero de 2012 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 24 de enero de 2012, registrado de salida el mismo día, 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 hoy vigente limita la preceptividad de nuestro dictamen a las reclamaciones de cuantía indeterminada o superiores a 50.000 euros.

Al reclamarse por el interesado la cantidad de 60.000 euros, no cabe dudar del carácter preceptivo de nuestro dictamen, aun cuando, según doctrina anteriormente defendida, la legislación aplicable al presente caso sería la vigente al tiempo del trámite de audiencia, momento en que la cuantía era la de 6.000 euros.

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 26 de noviembre, 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 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 caso.

A los dos indicados parámetros pretende acogerse el interesado en apoyo de su reclamación. De un lado, la que califica de desafortunada decisión del Dr. Lacosta de practicarle la intervención de ligadura de la carótida externa, intervención realizada el 12 de mayo de 2010, decisión provocada por “*el deseo de dejar zanjado el tema antes de irse de vacaciones*”, siendo así que, desde la embolización practicada el día inmediato anterior, estaba totalmente estabilizado y no sangraba. De otro, la falta de consentimiento informado para la citada intervención de ligadura de la carótida externa.

Desde su ingreso en el Servicio de Urgencias, el 24 de abril de 2010, el paciente fue cometido a diversas prácticas e intervenciones para detener el sangrado nasal incoercible que presentaba, obrando en las actuaciones varios documentos de consentimiento informado referidos a dos embolizaciones vasculares, una intervención cervical, una transfusión y varias anestias, debidamente firmados por el interesado y, en algún caso, por sus familiares.

Sin embargo, el documento de consentimiento informado relativo a la intervención del día 12 de mayo para realizar una ligadura de la faríngea ascendente y de todo el tronco carotídeo externo derecho, que obra al folio 93 del expediente, no aparece firmado. Es más, es de fecha 13 de mayo, es decir, un día después de la intervención.

Evidentemente, es de apreciar la falta del consentimiento para uno de los actos quirúrgicos practicados, si bien, dicha falta de consentimiento no determinará, por sí sola, responsabilidad de la Administración por el daño reclamado. Como hemos mantenido en Dictámenes anteriores (D.63/08 y D.97/09, entre otros), la responsabilidad por tal falta alcanza únicamente al daño moral que se produce al paciente al no poder ponderar los riesgos y la posibilidad de sustraerse al tratamiento ofrecido, o sea, haberle impedido su facultad de autodeterminación. Este daño moral es perfectamente indemnizable, pero sin que la indemnización pueda alcanzar al daño físico, por cuanto no puede imputarse éste causalmente a la mera falta de información.

Para la imputación de responsabilidad por los daños físicos, habrá que atender al otro parámetro, el de la *lex artis ad hoc*, analizando si la actuación de los profesionales que atendieron al reclamante fue o no acorde con la misma.

Ciertamente, como reconoce el Inspector Médico en su informe, nos encontramos ante un caso en que una patología aparentemente menor, como es un sangrado nasal, recibe tratamiento y, en el curso de dicho tratamiento, surgen complicaciones no deseadas.

Sin embargo, no hay prueba alguna, ni siquiera indiciaria, de infracción de la *lex artis* por parte de ninguno de los Facultativos intervinientes en las distintas atenciones médico quirúrgicas, independientemente de que las complicaciones surgidas y, en definitiva, las secuelas cuyo resarcimiento o indemnización se pretende, aparecen descritas como riesgos típicos en los consentimientos informados relativos a la embolización vascular y a la ligadura de la carótida externa, aunque el segundo no está firmado.

Así lo recoge expresamente la quinta de las conclusiones del informe de la Inspección médica, al destacar, como complicaciones de la embolización, en una incidencia de hasta el 13,5%, las neurológicas, citando, entre otras, la hemiplegia y los infartos cerebrales. Este riesgo se multiplica en el caso concreto del reclamante por la necesidad de repetir los procedimientos más de una vez, dada la naturaleza incoercible de dicho sangrado.

En el mismo sentido, el dictamen médico aportado por la Aseguradora considera la complicación surgida un riesgo inherente al procedimiento realizado. Afirma así que la posibilidad de un accidente vascular en el curso de una ligadura arterial o de una embolización arterial es un riesgo particular de estos procedimientos, sin que suponga un defecto de técnica o una negligencia del equipo médico. Añade que la gravedad de la hemorragia del paciente hacían necesarias, en todas las ocasiones, las intervenciones que se pusieron en marcha.

Uno y otro informe concluyen en que la atención prestada al paciente fue en todo momento la adecuada y ajustada a la *lex artis*.

Frente al juicio técnico contenido en estos informes, y a pesar de que pudieran cuestionarse por la posibilidad de ser considerados como informes de parte, no pueden gozar de eficacia enervante las meras manifestaciones subjetivas del reclamante que, siendo también de parte, están realizadas por quien carece de la cualificación científica necesaria para enjuiciar cualquier proceso médico.

En consecuencia, este Consejo, lego también en Medicina, se ve constreñido al emitir su dictamen, al análisis de los informes que obran en el expediente y, a la vista de los mismos, ha de concluir que la actuación de los Servicios públicos sanitarios se ha ajustado a la *lex artis ad hoc*.

En consecuencia, no procede reconocer la responsabilidad de la Administración sanitaria por los daños físicos que alega el reclamante, al no haberse acreditado una mala praxis, pero sí por el daño moral que implica la falta de consentimiento informado para una de las intervenciones, daño que valoramos prudentemente en 3.000 euros.

CONCLUSIONES

Única

Procede indemnizar a D. M. Á. R. G. en la cantidad de 3.000 € por el daño moral causado por la falta de consentimiento informado para la intervención que se le practicó el día 12 de mayo de 2010.

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