

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<sup>a</sup> M<sup>a</sup> del Carmen Ortiz Lallana y D. José María Cid Monreal, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> del Carmen Ortiz Lallana, emite, por unanimidad, el siguiente

## **DICTAMEN**

**13/12**

Correspondiente a la consulta formulada por el Excmo. Sr. Consejero de Salud en relación con la *Reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria presentada por D<sup>a</sup> J. P. B., y diez familiares más de D<sup>a</sup> Á. P. R., por daños morales, a su juicio, causados por el fallecimiento de ésta, tras su tratamiento en el Hospital de Calahorra, de diversas dolencias cardio-respiratorias, óseas y funcionales y que cuantifican en 120.000 euros.*

## **ANTECEDENTES DE HECHO**

### **Antecedentes del asunto**

#### **Primero**

El 6 de junio de 2011, tiene entrada, en el Registro Auxiliar de la Consejería de Salud, la precitada reclamación, solicitando indemnización por responsabilidad patrimonial de la Administración.

En ella, se relata que la madre de la primera reclamante “*murió en la Fundación Hospital de Calahorra, tras varios ingresos u altas por dolores de riñones, sin un diagnóstico, con mucho sufrimiento y sin previa información a los familiares*”. Tras diversas consideraciones sobre el derecho de cualquier persona “*a ser respetada, independientemente de su edad, sus limitaciones, sus necesidades,...y morir con dignidad*”, y sobre la preparación de Médicos y Enfermeras “*para atender a los pacientes y acompañantes, informándoles de lo que sucede de la forma más realista y humana posible, comprenderles y proponerles acciones que faciliten llevar la enfermedad de forma digna aunque pueden cometer errores y/o equivocarse*”, se denuncia que, “*en este caso, no se trata de un error o de una equivocación, sino de un cúmulo de despropósitos y errores que se cometieron por dejación de funciones, por falta de atención y, sobre todo, por falta de respeto a la persona enferma*”.

Más concretamente, los reclamantes consideran negligente y denunciabile la actitud del Médico internista y de alguna de las Enfermeras hacia la enferma, desde el día de su ingreso, 21 de julio, hasta su fallecimiento; así como la falta de respeto hacia los familiares por parte de las personas citadas y otras de diferentes Servicios del Centro Hospitalario. Los hechos que concretamente se denuncian son los siguientes:

*-Falta de respeto y consideración hacia la persona enferma (física y psíquicamente). Abandono.*

*-Negación u omisión de atención médica y sanitaria a la paciente en momentos críticos de su ingreso, argumentando que la situación era normal; o que no era el momento o...*

*-Falta sistemática de información a los familiares; cuando se daba, se hacía en la habitación o pasillo, sin consideración a la paciente, a otros pacientes y otras personas que estaban en la habitación y/o en los pasillos. Cuando los interesados pedíamos información se nos respondía de forma incompleta y/o contradictoria, con ironías, nuevas preguntas, ... , dando largas; apenas escuchaban los datos que podíamos proporcionar los familiares, a pesar de que la enferma dejó de hablar desde el primer día de su ingreso.*

*-Descontrol en la administración de medicación a la paciente y de otros servicios: alimentación, higiene.*

*-Administración de un medicamento al que era alérgica la paciente, hecho constatado en el mismo Centro y advertido por los familiares cada vez que se la ingresaba.*

*-Falta sistemática de respeto hacia los familiares.*

Solicitan que “*el máximo responsable de Salud de nuestra Comunidad ...determine y aplique las medidas que considere oportunas para que estos hechos no queden impunes y no se repitan con ningún/a otro/a padre/madre, abuelo o cualquier otra persona*”, mostrándose “*dispuestos a comparecer ante su presencia o de quien determine y ante (...) para, a través de su mediación, corroborar lo que aquí exponemos*” (págs. 1 a 16 del expediente administrativo).

El 7 de junio de 2011, la Secretaría General Técnica de la Consejería de Salud envió un escrito a la reclamante para que se acredite el parentesco con la fallecida y se proceda a la valoración de los daños que se reclaman (pág. 17); extremos ambos a los que se da cumplimiento mediante un escrito registrado de entrada en la Consejería de Salud el 28 de junio de 2011, en el que dicha cuantificación se cifra en 120.000 € (págs. 19 a 26).

## **Segundo**

El 8 de julio de 2011, el Secretario General Técnico, por delegación del Sr. Consejero, resuelve tener por iniciado el procedimiento y nombra Instructora del mismo. Dicha Resolución es notificada a la interesada, el 18 de julio siguiente, con indicación escrita de lo establecido en la legislación del procedimiento común (págs 28 y 29).

### **Tercero**

La Instructora del procedimiento, mediante escrito de 12 de julio de 2011, solicita a la Gerencia de la Fundación Hospital de Calahorra (FHC), cuantos antecedentes consten sobre los hechos reclamados y, en general, cuantos datos, documentos e informes puedan ser aportados para una mejor decisión sobre la pretensión de los reclamantes, y, en particular, el informe emitido por los Facultativos intervinientes sobre la asistencia prestada. Asimismo, se solicita el n° de póliza, entidad aseguradora y su dirección, a los exclusivos efectos de comunicación de siniestros, si la citada Fundación tuviera suscrita póliza de seguro el día de los hechos (pág. 30). Dicha solicitud es reiterada el 26 de agosto de 2011 (pág. 31).

El Director Gerente de la FHC, mediante escrito registrado de entrada en la Oficina Auxiliar de la Consejería el 4 de octubre de 2011, envía la siguiente documentación (pág. 32):

- Copia íntegra de la historia clínica del paciente, que obra en la FHC (págs. 33 a 350).
- Copia de las atenciones prestadas a la familia en el Servicio de Atención al paciente de la FHC (págs. 351 a 381, 387 y 388).
- Informe expedido por el Coordinador de Unidades Médicas de la FHC por el Facultativo que atendió a la fallecida (págs. 382 a 386).

### **Cuarto**

El 10 de octubre de 2011, la Instructora del procedimiento remite el expediente de responsabilidad a la Dirección General de Asistencia, Prestaciones y Farmacia, para que la Inspección médica elabore el informe que proceda (pág 389).

La Inspección médica, el 29 de noviembre de 2011, emite su informe (págs. 390 a 411), que se manifiesta en los siguientes términos:

*1.- Estamos ante una paciente de 83 años con antecedentes personales de patología cardiorrespiratoria, hipotiroidismo, hipertensión arterial y lumbalgia crónica, en contexto de obesidad y cifosis, y con un diagnóstico conocido de fractura vertebral.*

*Ingresa el día 21 de julio de 2010 en la Fundación Hospital de Calahorra para estudio de un nuevo episodio de dolor lumbar/óseo.*

*El manejo farmacológico del dolor, según está documentado, me parece correcto y adecuado a la lex artis, con uso escalonado de analgesia, además de interconsulta al Servicio de Rehabilitación, donde se recomienda el añadir, al tratamiento farmacológico, el uso de una ortesis.*

*Igualmente correcto y ajustado a la lex artis es el orden en que se solicitan nuevas pruebas complementarias, orientadas a descubrir la causa por la que los reactantes de fase aguda se encontraban elevados: nuevas analíticas sanguíneas, ecografía y endoscopias.*

*La paciente sufre un deterioro en su estado, con presencia de atelectasias en hemitorax derecho y derrame pleural y que se manifiesta con un deterioro de la función respiratoria del que no se recupera, falleciendo el día 27 de julio de 2010.*

*Este deterioro comienza a manifestarse con saturaciones bajas en la tarde noche del día 24 de julio de 2010. De nuevo, el manejo farmacológico, según aparece documentado, me parece el adecuado y, de hecho, en un primer momento se aprecia una mejoría en la saturación de oxígeno.*

*El día 27 de julio, sin embargo, vuelve a empeorar la saturación, apareciendo febrícula. Pese a añadirse tratamiento antibiótico, el cuadro no mejora y conduce al fallecimiento de la paciente.*

*2.- El reclamante denuncia, en el punto 1 de su escrito, "falta de respeto y consideración hacia la persona enferma (física y psiquiáticamente). Abandono."*

*Dejando a un lado las consideraciones subjetivas del reclamante que, por otro lado, han sido negadas en la documentación aportada por el personal de la Fundación Hospital de Calahorra, además de no coincidir con lo documentado en la historia clínica de la paciente, no he encontrado ninguna evidencia de que se sometiera (a la paciente) a una situación de abandono.*

*De hecho, lo contrario es cierto. La paciente fue adecuadamente monitorizada y atendida por el personal de Enfermería, además de ser valorada, prácticamente a diario, por su Médico responsable (Dr. C.) y por otros Facultativos, bien personal de guardia, bien profesionales de otros Servicios como Rehabilitación.*

*3.- (Los reclamantes denuncian) también, en el punto 2 de su escrito, "negación u omisión de atención médica y sanitaria a la paciente, en momentos críticos de su ingreso". Por lo expuesto en el punto anterior, considero que esta afirmación tampoco se ajusta a la realidad de lo acontecido durante la estancia de (la paciente) en la Fundación Hospital de Calahorra. Está claramente documentado que se prestó a la paciente atención médica de forma continuada y, en mi opinión, acorde con su situación clínica.*

*4.- (Los reclamantes afirman), en el punto 3 de su escrito, que se produjo una "falta sistemática de información a los familiares".*

*En este sentido puedo únicamente comentar que ésta afirmación está en clara contradicción, no sólo con lo afirmado por los profesionales de la Fundación Hospital de Calahorra, sino también con lo documentado en la historia clínica de la paciente.*

*En varias ocasiones se solicita la presencia del Médico de guardia por parte de la familia; el propio Dr. C. documenta facilitar información a los familiares, se les entregan documentos de consentimiento informado para distintos procedimientos que los familiares firman y el personal de Enfermería documenta igualmente que la familia es informada en numerosas ocasiones de lo que está aconteciendo.*

*En resumen, considero que en ningun momento hubo una falta sistemática de información, habiendo, además, evidencia documental de que lo contrario es cierto en este caso.*

*5.- El punto 4 de la reclamación habla de "descontrol en la administración de medicación a la paciente y de otros servicios: alimentación, higiene".*

*Nuevamente puedo únicamente señalar que es una apreciación subjetiva para la que no he encontrado sustanciación en la documentación disponible en el expediente, como tampoco he hallado evidencia de "falta sistemática de respeto hacia los familiares" (punto 6).*

*6.- Finalmente, (los reclamantes afirman) que (a la paciente) se le administró un medicamento al que era alérgica, refiriéndose, en concreto, a la Adolonta.*

*Tras revisar toda la documentación disponible y particularmente los distintos informes médicos correspondientes a distintos procesos asistenciales, se desprende que la paciente no era en realidad alérgica al fármaco Adolonta.*

*Como está claramente documentado, la paciente sufrió en una ocasión un episodio de depresión respiratoria secundaria a la administración de Tramadol (principio activo de la Adolonta); en concreto en el año 2004.*

*Este hecho se tradujo en que, en algunos informes posteriores, aparece la expresión "alérgica" a este fármaco, cuando, en realidad, tal expresión es errónea, ya que no es lo mismo una reacción anafiláctica a un fármaco por parte del sistema inmune ("reacción alérgica"), que un efecto secundario indeseable a ese mismo fármaco (depresión respiratoria en el caso de los opiáceos, grupo al que pertenece el Tramadol).*

*El malentendido puede ser debido o a una incorrecta transmisión de información por parte de los profesionales sanitarios a la paciente y su familia o a un error de interpretación por parte de éstos, pero no cambia el hecho de que (la paciente) no sufrió una reacción alérgica al Tramadol que, le fue administrado, en una sola ocasión; es más, ni siquiera sufrió una depresión respiratoria como en 2004. Está documentado en la historia que el fármaco se suspendió por precaución únicamente.*

*7.- Considero, en conclusión, que los Facultativos que atendieron (a la paciente) han actuado de acuerdo a la *lex artis* y respondiendo, en cada momento, con los medios adecuados, al estado clínico de la paciente".*

## **Quinto**

Los días 2 y 19 de diciembre de 2011, la Compañía aseguradora acusa recibo de la documentación que le es enviada, por cuanto, "del contrato de seguro suscribo por la FHC, se desprende que M. puede resultar afectada en sus derechos o intereses legítimos por la resolución que se dicte" (págs. 412 a 414).

## **Sexto**

Finalizada la instrucción del expediente, la Instructora, con fecha 30 de noviembre de 2011, comunica a la parte reclamante el trámite de audiencia, notificado el 5 de

diciembre (págs. 415 y 416), quien comparece el siguiente día 7 de diciembre, se le facilita copia de la documentación obrante en el expediente y se le reitera la advertencia de que podrá formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que estime pertinentes en defensa de sus derechos, en el plazo legalmente establecido (pág.420).

Mediante escrito de 10 de diciembre de 2011, registrado de entrada en la Consejería el 15 de diciembre del mismo año, se formulan alegaciones (págs. 421 a 423), en las que concluyen insistiendo en los argumentos de la reclamación inicial.

Del trámite de audiencia se da traslado asimismo a la Aseguradora, que acusa recibo, pero no consta que formule alegación alguna (págs. 417 a 419).

### **Séptimo**

El 20 de enero de 2012, la Instructora elabora una Propuesta de resolución, que concluye en el sentido de que se desestime la reclamación (págs. 424 a 435 vto.), *“por no ser imputable el daño alegado, cuya reparación se solicita, al funcionamiento de los Servicios públicos sanitarios”* (pág. 435 vto.).

### **Octavo**

El Secretario General Técnico, por escrito de 24 de enero de 2012, solicita informe a los Servicios Jurídicos (pág. 436), que, el 30 de enero siguiente, lo emiten (págs.437 a 452) y consideran *“ajustada a Derecho la Propuesta de resolución”*.

## **Antecedentes de la consulta**

### **Primero**

Por escrito de 30 de enero de 2012, registrado de entrada en este Consejo el día 3 de febrero de 2012, 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 3 de febrero de 2012, registrado de salida el mismo día, 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 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.

Tal y como hemos señalado en anteriores dictámenes (cfr. D.73/05, D.106/05 y D.124/05, entre otros), hemos de atender a la fecha del trámite de audiencia, a que se refiere el precitado art. 12, para determinar la legislación aplicable en materia de cuantía mínima determinante de la preceptividad de nuestro dictamen; y así, por razón de la expresada fecha, es aplicable, en el presente caso, 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, modificada por la Ley 5/2008, que dio nueva redacción al citado precepto, limitando la preceptividad de nuestro dictamen a las reclamaciones de cuantía indeterminada o superiores a 6000 euros. Por tanto, al ser la cuantía de la reclamación planteada superior a esta cantidad e incluso a la actualmente vigente de 50.000 euros, nuestro dictamen resulta ser 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 26 de noviembre de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

## Segundo

### Sobre la responsabilidad de la Administración.

De acuerdo con el marco jurídico de la responsabilidad patrimonial de la Administración pública, enunciado en el artículo 106.2 de la Constitución Española y desarrollado en el Título X LPAC, con el pertinente desarrollo reglamentario en materia procedimental, a través del R.D. 429/1993 de 26 de marzo, los requisitos necesarios para que se reconozca la responsabilidad patrimonial, tal y como este Consejo viene recogiendo en sus dictámenes (cfr. Dictamen 23/98, F.J.2 08/2008, F.J.2), pueden sintetizarse así:

1º.- Existencia de *un daño que el particular no tenga el deber jurídico de soportar* (lesión antijurídica). El daño ha de ser efectivo (no hipotético, potencial o de futuro, sino real), evaluable económicamente (bien se trate de daños materiales, personales o morales) e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.

2º.- Que el *daño sufrido sea 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.

3º.- Que el *daño no se haya producido por fuerza mayor*.

4º.- Que *no haya prescrito el derecho a reclamar*, cuyo plazo legal es de un año, computado 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 *directa* de la Administración (aunque el daño haya sido causado por personal dependiente de la Administración o sea atribuible genéricamente a los servicios administrativos), *objetiva* (aunque no haya mediado culpa individual o la actuación no haya sido “ilícita”) y *general* (aplicable a cualesquiera de las actividades y servicios de la Administración).

Ahora bien, que el sistema de responsabilidad patrimonial sea objetivo no permite deducir, como oportunamente ha señalado la jurisprudencia, que la Administración tenga un deber general de indemnizar cualquier daño que pueda imputarse causalmente al funcionamiento de sus servicios. No es ocioso recordar que la protección constitucional de la salud y el derecho de asistencia sanitaria reconocido en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, desarrollada por el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de prestaciones sanitarias del sistema nacional de salud, así como en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y calidad del sistema nacional de salud, no son absolutos, pues, por ambiciosas y amplias que sean las prestaciones reconocidas, no podemos soslayar nuestra condición perezcedera como seres vivos. Por esa razón, la acción

de los poderes públicos en materia sanitaria es, sobre todo, una *prestación de medios* (correlato al derecho individual de cada paciente a la protección a la salud y a la atención sanitaria) y *no de resultados*.

Y es que, en materia sanitaria, 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 —se ha actuado conforme a la *lex artis ad hoc*—, la Administración ha cumplido con ese deber y, en consecuencia, no cabe hacerla responder por su incumplimiento. Incluso el simple error de diagnóstico no es, propiamente y por sí solo, motivo suficiente para entender que el particular que lo padece tiene derecho a obtener una indemnización, sino que, para llegar a tal conclusión, ha de darse la concurrencia de dos circunstancias que la doctrina reiterada del Consejo de Estado viene exigiendo: que exista una negligencia o impericia probada en la aplicación de la *lex artis*, y que ésta sea, a su vez, generadora de un daño innecesario y evitable en sus consecuencias y resultado, y, por lo tanto, antijurídico e indemnizable.

### **Tercero**

#### **Sobre la responsabilidad de la Administración en el presente caso.**

En el caso sometido al dictamen de este Consejo Consultivo, los reclamantes basan la pretensión contenida en el escrito de reclamación en que el fallecimiento de su madre se debió a una actuación médica negligente, durante su ingreso en la Fundación Hospital de Calahorra del 21 al 27 de julio de 2010.

Del expediente administrativo y, concretamente, de la documentación clínica obrante en el mismo —la cual no ha sido desvirtuada de contrario—, se desprende que no se ha acreditado la existencia de relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada a la paciente y su fallecimiento, ya que éste se ha producido debido a la situación en que se encontraba la paciente, que padecía una patología de extrema gravedad, con unos antecedentes que hacían aun más difícil su curación.

Pese a que los profesionales que la atendieron pusieron todos los medios necesarios para su curación, ésta finalmente, no se produjo, pero no se aprecia, en ningún momento de la asistencia prestada, una relación directa entre ésta y su fallecimiento. El resultado final se deriva de la patología que sufría la paciente y de complicaciones propias de la misma, no siendo causado por una negligente asistencia, como pretenden los reclamantes. Antes bien, del expediente administrativo remitido, concretamente de la documentación clínica

obstante en el mismo, se desprende que la asistencia prestada a la paciente fue adecuada, en todo momento, sin que puedan evidenciarse indicios de mala praxis.

La paciente fue atendida de forma correcta, siendo apropiadamente valorada y prescribiéndole el tratamiento que en cada momento precisó, tal y como recoge en su informe el Médico Inspector, al expresar:

*“El manejo farmacológico del dolor, según está documentado, me parece correcto y adecuado a la lex artis, con uso escalonado de analgesia, además de interconsulta al Servicio de Rehabilitación, donde se recomienda el añadir, al tratamiento farmacológico, el uso de una ortesis.*

*Igualmente correcto y ajustado a la lex artis es el orden en que se solicitan nuevas pruebas complementarias orientadas a descubrir la causa por la que los reactantes de fase aguda se encontraban elevados: nuevas analíticas sanguíneas, ecografía y endoscopias.*

*La paciente sufre un deterioro en su estado, con presencia de atelectasias en hemitorax derecho y derrame pleural y que se manifiesta con un deterioro de la función respiratoria del que no se recupera, falleciendo el día 27 de julio de 2010.*

*Este deterioro comienza a manifestarse con saturaciones bajas en la tarde noche del día 24 de julio de 2010. De nuevo, el manejo farmacológico, según aparece documentado, me parece el adecuado y, de hecho, en un primer momento se aprecia una mejoría en la saturación de oxígeno.*

*El día 27 de julio, sin embargo, vuelve a empeorar la saturación, apareciendo febrícula. Pese a añadirse tratamiento antibiótico, el cuadro no mejora y conduce al fallecimiento de la paciente”* (pág. 400).

Por tanto, del expediente administrativo y particularmente de la documentación clínica, de los informes de los Facultativos intervinientes y del informe del Médico Inspector, se extrae que la asistencia sanitaria prestada a la paciente por los profesionales sanitarios de la Fundación Hospital de Calahorra, se ajustó, en todo momento, a la *lex artis ad hoc*, que no ha sido desvirtuada por las alegaciones efectuadas por la parte recurrente, carentes de apoyo en prueba alguna que lo acredite.

Cuestión distinta es que, como se pone de relieve en el Informe de la Inspección médica (págs 401 y 402), la Propuesta de resolución efectuada por la Secretaría General Técnica (pág. 435) y el informe de los Servicios Jurídicos (pág. 451 bis), existan una serie de discrepancias entre lo manifestado por los reclamantes y lo reflejado e informado por el personal sanitario de la Fundación Hospital de Calahorra, posiblemente debido a la falta de entendimiento o comunicación entre parte de este personal y todos, o parte, de los familiares de la paciente; lo que genera situaciones de tensión, que, dadas las circunstancias, y el entorno en que se producen debieran tratar de evitarse; o que, los reclamantes formulen quejas relativas a la falta de respeto y consideración del personal sanitario hacia la persona enferma, o sus familiares o a supuestas disfunciones en el funcionamiento administrativo.

En estos casos, resulta de aplicación la doctrina de este Consejo Consultivo, vertida entre otros en sus dictámenes D.91/03, D.45/08, D.18/08, D.156/08; D.17/09, D.26/09, D.28/10, D.2/11, D.27/11, D.28/11, según la cual no deben confundirse los procedimientos de reclamación de responsabilidad patrimonial, que dan lugar a una indemnización por daños, con los de queja por disfunciones en el funcionamiento administrativo, mala atención o trato desconsiderado, que pueden dar lugar a una sanción por infracción de deberes funcionariales o a la adopción de medidas de mejora en la calidad del servicio, aunque, eventualmente, puedan ocasionar también daños morales indemnizables; pero teniendo en cuenta que la queja no implica que se hayan producido daños y que éstos no implican necesariamente un funcionamiento anormal (ya que pueden derivarse de uno normal) de los servicios públicos.

Pero, en definitiva, de tales discrepancias o quejas, no se desprende indicio alguno que permita deducir una negligente asistencia sanitaria por parte de dicho personal, que atendió en todo momento a la paciente adecuadamente, conforme a la *lex artis*, tal y como concluye finalmente el Médico Inspector en su informe, al expresar:

*"Considero, en conclusión, que los Facultativos que atendieron (a la paciente) han actuado de acuerdo a la lex artis y respondiendo en cada momento con los medios adecuados al estado clínico de la paciente" (pág. 402).*

## CONCLUSIONES

### Única

A juicio de este Consejo Consultivo, la presente reclamación debe ser desestimada, al no cumplirse los requisitos exigidos por la legislación y la jurisprudencia para que surja la obligación administrativa indemnizatoria.

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