

En Logroño, a 13 de marzo 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

15//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^a M^a A. P. G., por daños, a su juicio, causados por error de diagnóstico y tratamiento de una insuficiencia venosa crónica en el SERIS y que valora en 210.990,75 euros.

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del Asunto

Primero

Mediante escrito de fecha 21 de febrero de 2011, presentado en la Delegación del Gobierno en La Rioja y registrado de entrada en la Consejería el siguiente 1 de marzo, la expresada paciente presenta reclamación administrativa por responsabilidad patrimonial, exponiendo resumidamente lo siguiente:

- Los días 23 y 26 de septiembre de 2008, acudió a su Médico de cabecera aquejada de un fuerte dolor en la pierna derecha, prescribiéndole en ambos casos, antiinflamatorio e inmovilización blanda.

- El siguiente día 29, al agudizarse sus molestias, acudió directamente al Servicio de Urgencias del Hospital *San Pedro*, en el que la Facultativo de guardia sospechó una TVP (trombosis venosa profunda), diagnóstico confirmado al realizarle de inmediato un eco-doppler.

- Fue seguidamente ingresada en la Unidad de Corta Estancia, donde se la trató con un anticoagulante de aplicación subcutánea, no oral, tipo *Sintrom*, que hubiera sido lo recomendado, según el informe pericial que adjunta.

- El 22 de octubre de 2008, se le prescribió ya un anticoagulante oral, *Hibor*, sustituido pocos días después, por *Sintrom*, tratamiento con el que tendría que continuar seis meses. Sin embargo, el tratamiento se retiró el 26 de marzo de 2009, es decir, sólo cinco meses después de haberse iniciado.

- El 26 de marzo de 2010, acude de nuevo al Servicio de Urgencias con similar cuadro clínico y, pese a constar el antecedente del episodio anterior, se le diagnostica dolor en pierna derecha de probable origen muscular, prescribiéndole *ibuprofeno* y calor local.

- Acude de nuevo al Servicio de Urgencias, aquejada de las mismas molestias, el 25 de mayo del mismo año y, tras realizársele un eco-doppler, se diagnostica el segundo episodio de TVP y se le aplica, de inmediato, heparina subcutánea, descartando *Sintrom* a la espera de ser evaluada por el Especialista vascular, quien, el 1 de junio, confirma el diagnóstico y solicita interconsulta al Servicio de Hematología para anticoagulación oral con *Sintrom*, ya que “*al tratarse del 2º episodio de TVP, estaría recomendado mantenerlo indefinidamente*”.

- Alega un doble perjuicio, el agravamiento de una patología que, de haber sido tratada correctamente a finales de 2008, no habría desembocado en la insuficiencia venosa severa irreversible que padece en la actualidad y la pérdida de su puesto de trabajo a raíz de sus continuas bajas y visitas a Médicos.

Acompaña a su escrito diversa documentación de su historial clínico, así como dictamen pericial de la Dra. D^a N. J. V. y cuantifica los daños cuya indemnización interesa en 210.990,75 euros.

Segundo

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

Tercero

Por carta de fecha 2 de marzo, se comunica a la interesada 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 existan y aquéllos datos e informes estime de interés relacionados con la asistencia sanitaria prestada en el Centro de Salud y en los Servicios de Urgencias, Vascular y Hematología del Hospital *San Pedro* a la reclamante; copia de la historia clínica relativa a la asistencia reclamada exclusivamente y, en particular, informe emitido por los Facultativos intervinientes sobre la asistencia prestada y la situación actual de la paciente.

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

Quinto

Mediante escrito de 1 de julio, 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. C., V. B., L. A., T. V., G. J.; G. G. y A. S.

Sexto

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.

Séptimo

El Informe de Inspección, de fecha 17 de agosto de 2011, establece las siguientes conclusiones:

“1.- Se trata de una paciente que ha sufrido dos episodios de trombosis venosa profunda en los años 2008 y 2009 (debe decir 2010).

2.-El primer episodio se diagnostica el 29 de septiembre de 2008 en el Servicio de Urgencias del Hospital San Pedro, pese a que la reclamante había acudido a su Médico de Atención Primaria los días 23 y 26 de septiembre.

La actuación del Médico de Atención Primaria es correcta puesto que explora a la paciente e instaura un tratamiento que es, en principio, efectivo, pues hay una mejoría documentada en la segunda visita correspondiente al día 26 de septiembre.

No es razonable esperar, ante la clínica que presentaba la paciente el día 23 de septiembre, la realización de un eco doppler en esa fecha. No consta, además, que la paciente mencionara a su Médico la realización de un viaje previo; y lo que es más, no lo menciona tampoco en su visita al Servicio de Urgencias del Hospital San Pedro el día 29 de septiembre.

3.-El seguimiento que se realiza a la reclamante una vez diagnosticada la presencia de una trombosis venosa profunda es correcto. Es valorada por los Servicios de Cirugía Vasculosa y Hematología, comenzándose tratamiento con Sintrom (anticoagulante oral) y, tanto el estudio cronológico de la información aportada, como los informes aportados por los intervinientes coinciden en que las actuaciones de los profesionales del SERIS se han ceñido en todo momento a las directrices establecidas y aprobadas en el Protocolo de Atención Extrahospitalaria de pacientes con Trombosis Venosa Profunda.

4.- El segundo episodio de trombosis venosa profunda se diagnostica el día 25 de mayo de 2010.

No puedo estar de acuerdo con la reclamante cuando establece el inicio de este proceso el día 26 de marzo de 2010, momento en que acude al Servicio de Urgencias del Hospital San Pedro aquejada de dolor en la pierna derecha.

La exploración que se realiza a la paciente muestra únicamente dolor a la palpación en el 1/3 inferior del fémur derecho. No hay edemas, aumento de temperatura, eritema u otros signos sugestivos de una trombosis venosa profunda. Se le realizó, además, a la paciente, una analítica sanguínea que, como explica el Dr. V. en su informe (folio nº 65 del expediente), tomada en consideración junto con la exploración física, no era sugestiva de una trombosis venosa profunda.

Se da la circunstancia, además, de que, cuando la paciente es atendida en el Hospital San Pedro el día 25 de mayo de 2010, refiere "dolor desde hace 1 semana", circunstancia ésta consistente con el hecho de que la paciente no había tenido contacto ni con su Médico de cabecera ni con el Servicio de Urgencias del Hospital San Pedro desde el 29 de marzo de 2010.

No hay, pues, evidencia de retraso en el diagnóstico de la segunda trombosis venosa que sufrió la paciente.

5.-El seguimiento posterior al segundo episodio de trombosis venosa profunda es igualmente correcto. Se han reafirmado, como afirma el Dr. L. en su informe (folio nº 66 del expediente), dos estudios de hipercoagulabilidad, ambos negativos, y se ha mantenido el tratamiento con Sintrom con el oportuno seguimiento y manteniendo valores de INR correctos.

6.- No he encontrado ni en la documentación clínica aportada por la reclamante (excepción hecha del informe pericial que adjunta a su reclamación), ni en la disponible en la historia clínica informatizada de la paciente a través del programa SELENE, ninguna mención al hecho de que la paciente sufre una insuficiencia venosa crónica.

Sin atreverme a contradecir este diagnóstico por razones obvias, sí que puedo afirmar que, caso de existir, no es consecuencia de una actitud negligente por parte de los profesionales que han atendido a la paciente.

7.- Considero, en conclusión, que los Facultativos que han atendido 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”.

Octavo

Mediante escrito de fecha 26 de septiembre, la reclamante denuncia el trascurso de seis meses sin haber recibido notificación de resolución alguna, solicitando certificación acreditativa bien de la resolución expresa recaída o bien del silencio administrativo general.

La Instructora contesta a la interesada el 4 de octubre, advirtiéndole de la innecesariedad de la acreditación solicitada a efectos de la interposición del contencioso-administrativo.

Consta la interposición del recurso contencioso-administrativo, el emplazamiento de la Administración demandada, así como la solicitud, por parte de los Servicios Jurídicos, de la remisión del expediente administrativo.

Noveno

Obra, a continuación, en el expediente el dictamen médico emitido a instancia de la Aseguradora de la Administración sanitaria, de fecha 28 de octubre, que establece las siguientes conclusiones:

“1. La paciente puso en relación el dolor de la extremidad inferior derecha con su asistencia a un gimnasio sin comunicar a la Médico de Atención Primaria los factores de riesgo que luego se pusieron de manifiesto cuando ingreso en la Unidad de Corte Estancia del Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro.

2. No hubo un retraso en el comienzo del tratamiento anticoagulante ni acortamiento del mismo ya que estuvo con uno u otro medicamento durante los seis meses recomendados para este tipo de trastorno.

3. El retraso en comenzar con el Sintrom no se relaciona en absoluto con ningún problema, efecto secundario o complicación de la enfermedad de base.

4. El tratamiento con anticoagulantes tiene como misión la de impedir la progresión del trombo, su rotura o liberación y evitar la aparición de la complicación más grave que es el tromboembolismo pulmonar.

5. No hay ningún estudio que ponga en relación el retraso en introducir el Sintrom con aparición del síndrome postflebítico.

6. *Este síndrome es una complicación muy frecuente (hasta más de un 50% en algunos estudios) de la trombosis venosa profunda, no siendo influida su aparición por la administración o no del tratamiento, su precocidad o su duración.*

7. *La afectación de las válvulas de las venas, que parece ser la causa fundamental del síndrome postflebítico no se ve disminuida por el tratamiento anticoagulante con heparina o con Sintrom.*

8. *No hay por qué repetir la ecografía antes de retirar la anticoagulación, ya que no tiene ninguna utilidad ni pronóstica ni de cambio de actitud.*

9. *El tratamiento anticoagulante se hizo de forma correcta durante seis meses, sin que influya en su eficacia el tipo de anticoagulante empleado ni el tiempo que se haya aplicado cada uno.*

10. *El Sintrom sólo tiene la ventaja de evitar que el paciente reciba inyecciones, pero su eficacia es la misma que la de la heparina.*

11. *La existencia de un síndrome postflebítico no ha sido documentada por ninguno de los Médico de Servicio Riojano de Salud y tampoco se han presentado pruebas de que exista y desde cuándo.*

12. *Por tanto, afirmamos que la actuación de los diferentes profesionales que atendieron a la paciente fue correcta y ajustada a la lex artis ad hoc.”*

Décimo

Mediante escrito de 17 de noviembre, la Instructora se dirige a la reclamante dándole trámite de audiencia y, el siguiente día 1 de diciembre, comparece la interesada en el Servicio de Asesoramiento y Normativa y se le facilita copia de todos los documentos obrantes en el procedimiento.

El siguiente día 9, presenta un breve escrito de alegaciones en el que se limita a mostrar su disconformidad general con el expediente en cuanto contradiga su solicitud inicial y comunicar haber acudido a la jurisdicción contencioso-administrativa.

Décimo primero

Con fecha 23 de enero de 2012, la Instructora del expediente emite Propuesta de resolución en la que propone que desestime la reclamación por no ser imputable el daño alegado al funcionamiento de los Servicios públicos sanitarios.

Décimo segundo

El Secretario General Técnico, el día 25 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 27 de enero.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito fechado el día 27 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 para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

Mediante escrito de 3 de febrero 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 Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

Segundo

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

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

Se trata de un sistema de responsabilidad objetiva y no culpabilístico que, sin embargo, no constituye una suerte de “seguro a todo riesgo” para los particulares que de

cualquier modo se vean afectados por la actuación administrativa. En efecto, el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados, derivada de la actividad tan heterogénea de las Administraciones públicas.

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

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

Tercero

Sobre la existencia de responsabilidad patrimonial en el presente caso

En el caso ahora sometido a dictamen, frente a lo que suele ser habitual, la reclamante inicia el procedimiento acompañando a su escrito, además de otros documentos, un dictamen médico pericial, en este caso de la Dra. Dña. N. J. V., dictamen que denuncia varias infracciones de la *lex artis* en relación con el diagnóstico (tardío) y tratamiento de un doble episodio de Trombosis Venosa profunda (TVP), deficiencias que motivaron que la interesada desarrollara una insuficiencia venosa severa crónica.

En concreto, considera infringida la *lex artis* al no realizar el médico de cabecera la prueba del eco-doppler en las visitas del 23 y 26 de septiembre de 2008, cuando la interesada presentaba síntomas que hacían sospechar una TVP, que le fue diagnosticada en el Servicio de Urgencias el siguiente 29 de septiembre; no incorporar al tratamiento inicial

con heparina subcutánea un anticoagulante oral (*Sintrom*) que conlleva control de la coagulación; retirar el tratamiento con *Sintrom* antes de los seis meses que marcan los protocolos; no diagnosticar el segundo episodio de TVP en la atención en Urgencias del 26 de marzo de 2010 ni en la visita del Médico de cabecera del día 29 siguiente, diagnóstico que se realiza en el Servicio de Urgencias, previo eco-doppler, el 25 de mayo, en que se inicia tratamiento con heparina subcutánea; y por último, no iniciar simultáneamente tratamiento con *Sintrom*, por decidir el Servicio de Hematología y posponerlo hasta pasar visita programada con el Servicio de Cirugía Vascolar.

Obran en el expediente informes de hasta siete Facultativos intervinientes en la atención prestada a la interesada en los distintos servicios, amén del informe de la Inspección Médica y del dictamen médico emitido a instancias de la Aseguradora. Todos ellos contradicen el dictamen pericial antes referido.

Analizando en conjunto los dictámenes e informes, así como el *Protocolo de Atención Extrahospitalaria de Paciente con Trombosis Venosa Profunda*, este Consejo llega al convencimiento de que no ha existido una mala praxis médica en el diagnóstico del primer episodio de TVP, ni en el tratamiento de la enfermedad una vez diagnosticada en ambos episodios, no siendo cierto que el tratamiento con heparina sea insuficiente, que sea urgente iniciar el tratamiento con *Sintrom* o que éste no pueda ser retirado antes de seis meses.

Por otra parte, no queda acreditado que la paciente haya desarrollado una insuficiencia venosa severa crónica, como mantiene el dictamen médico pericial de parte aportado por la interesada, no constando en su historial clínico informatizado mención alguna a dicha patología.

Sin embargo, sí cabe apreciar retraso en el diagnóstico del segundo episodio de TVP, que no se realiza hasta el 25 de mayo de 2010, cuando, el 26 de marzo anterior había acudido la interesada al Servicio de Urgencias, con síntomas (dolor en pierna derecha desde hace unos siete meses, cansancio de andar diez minutos) que, existiendo el antecedente de una TVP en pierna derecha, es lógico entender hacía aconsejable una prueba tan sencilla como el eco-doppler, al menos para descartar esa patología. La impresión clínica de esta asistencia en el Servicio de Urgencias es “*dolor en pierna derecha de probable origen muscular*”.

Es más, tres días después, el 29 de marzo, ante su insistencia, la Médico de cabecera pide interconsulta al Servicio de Cirugía Vascolar para descartar una TVP, cita que debió concertarse con urgencia, lo que no se hizo, pues se fijó para el mes de junio.

Y, antes de ser evaluada por el Servicio de Cirugía Vascular, se diagnosticó el segundo episodio en el Servicio de Urgencias previo un eco-doppler en la citada fecha 25 de mayo.

La sencillez de la prueba del eco-doppler, que no exige preparación previa ni supone riesgo alguno, hubiera permitido quizás un diagnóstico precoz de una patología de riesgo, cual es la TVP, enfermedad con alta tasa de complicaciones, en muchos casos mortales. En todo caso, ante la posibilidad, en absoluto descartable, de repetirse el episodio ya padecido, la interconsulta al Servicio de Cirugía Vascular debió solicitarse con urgencia y ser citada la paciente en plazo más breve.

La secuela alegada por la reclamante, insuficiencia venosa severa crónica, aun no acreditada, es un riesgo real en quien ha padecido dos episodios de TVP; y el retraso en dos meses en el diagnóstico puede ser causante de la materialización de tal riesgo. Lo cierto es que, tras el segundo episodio, la Dra. G. G., del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, considera recomendable mantener indefinidamente el tratamiento con *Sintrom* (Folio 47).

En consecuencia, entendemos que ha existido una infracción de la *lex artis ad hoc*, que determina la responsabilidad de la Administración sanitaria.

Tema distinto es el del daño y su valoración que estudiamos en el Fundamento siguiente.

Cuarto

Sobre la realidad del daño y su valoración

El dictamen pericial del parte considera daño indemnizable la insuficiencia venosa crónica severa que, en opinión de la perito, padece la interesada y, aplicando analógicamente el baremo de accidentes de tráfico, lo valora en 169.833 €, cantidad que la interesada eleva en su escrito de iniciación del procedimiento a 210.990,75 euros.

No vamos a entrar al análisis ni contradicción de tal valoración porque, como ya hemos anticipado, consideramos no acreditada la secuela que la perito diagnostica sin más prueba que la exploración de la paciente realizada el 3 de enero de 2011. Ni en la documentación que se relaciona como fuentes del informe, ni en el historial total de la interesada, aparece documentada la existencia de un síndrome postflebítico, ni se han presentado pruebas de que exista y desde cuándo.

A falta de tal prueba, cuya carga incumbe, sin duda, a la reclamante, éste Consejo entiende que el único daño que puede considerarse acreditado y, por tanto, indemnizable,

es el riesgo que ha corrido, durante el retraso de dos meses en el diagnóstico del segundo episodio de TVP, de sufrir una de la muchas complicaciones que pueden presentar esta patología tratada tardíamente, alguna de ellas mortal, daño éste de carácter eminentemente moral que valoramos prudentemente en 6.000 euros.

CONCLUSIONES

Única

Procede indemnizar a la reclamante en la cantidad de 6.000 euros por el daño moral que implica el riesgo soportado por el retraso en dos meses del diagnóstico, y subsiguiente inicio de tratamiento, de la Trombosis Venosa Profunda diagnosticada el 25 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