

En Logroño, a 6 de julio de 2010, 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. Antonio Fanlo Loras, emite, por unanimidad, el siguiente

## **DICTAMEN**

**59/10**

Correspondiente a la consulta formulada por el Excmo. Sr. Consejero de Salud en relación con el procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial iniciado por D<sup>a</sup> Y. A. G., en nombre y representación de D<sup>a</sup> I. H. L., por los daños, a su juicio, causados por secuelas traumatológicas tras una caída fortuita.

## **ANTECEDENTES DE HECHO**

### **Antecedentes del asunto**

#### **Primero**

D<sup>a</sup> Y. A. G., en nombre y representación de D<sup>a</sup> I. H. L., acreditada en comparecencia *apud acta* realizada el 16 de julio de 2009, mediante escrito de reclamación de daños y perjuicios por responsabilidad patrimonial de la Administración, de 15 de julio de 2009, presentado en la Oficina Auxiliar de Registro de la Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja, el 16 de julio siguiente, solicita una indemnización de 400.000 euros, a resultas del funcionamiento inadecuado de la Administración sanitaria. Según su relato fáctico:

D<sup>a</sup> I. H. acudió, el 29 de julio de 2008, al Centro de Salud *Gonzalo de Berceo*, tras una caída en su domicilio, siendo remitida al Servicio de Urgencias del Hospital *San Pedro*. Tras diversas radiografías de hombro, codo, columna y dorso lumbar, se le indica que no existen lesiones óseas, es diagnosticada de contusión dorso lumbar, y remitida a su domicilio con brazo en cabestrillo y analgésicos.

-El 31 de julio de 2008, aquejada de gran dolor, acude de nuevo al referido Hospital y, tras revisión de las radiografías realizadas en la asistencia anterior le indican de nuevo que no existe fractura ósea, le diagnostican de contusión y le pautan analgésicos.

-Tras persistir el dolor, acude varias veces de nuevo al Centro de Salud referido y es remitida al Servicio de Reumatología, por considerar que será atendida con mayor celeridad que en el de Traumatología. El 27 de agosto de 2008, acude al referido Servicio y el Facultativo que la atiende,

tras la exploración del brazo, manifiesta la existencia de alguna rotura y pautó una ecografía, que revela la rotura completa del tendón supraespinoso, acompañada de bursitis subdeltoidea y derrame articular, por lo que es derivada, con carácter preferente, al Servicio de Traumatología.

-El 3 de septiembre de 2008, acude al Servicio de Traumatología, donde le indican que le operarán de forma urgente, siendo citada el 11 de septiembre para realización del preoperatorio, que se realizará, aproximadamente, en una semana. Mientras tanto, recibe atención en su Mutua Laboral MC, donde le realizan diversas radiografías y una resonancia magnética.

-El 29 de septiembre de 2008, al no ser operada, acude a la Defensoría del Usuario de La Rioja y, gracias a su intermediación, es ingresada el día 2 de octubre y operada el 3 de octubre de 2008.

-Desde su caída el 29 de julio de 2008, faltó dos días a trabajar, si bien, el 14 de agosto de 2008, el Facultativo de MC Mutua le dio la baja médica, pues el dolor era insoportable. El 27 de agosto, tuvo el diagnóstico y, el 29 de agosto de 2008, fue despedida, cuando contaba con un contrato indefinido a tiempo completo, si bien se encontraba en los dos meses iniciales de prueba.

-D<sup>a</sup> I. H. se encuentra en la actualidad en rehabilitación en Tarragona, donde, tras perder su trabajo, se ha desplazado, de acuerdo con la Inspección médica. Al comenzar el proceso de rehabilitación, pudo comprobarse que tenía varios anclajes metálicos, colocados en la intervención quirúrgica, de los que no fue informada, y que le han impedido recibir corrientes profundas en la rehabilitación.

-El pasado 9 de febrero de 2009, le indican que el gran dolor padecido y la lenta recuperación se debe a la capsulitis adhesiva, seguramente anterior a la operación, dolencia que debió ser curada antes de ser intervenida quirúrgicamente.

Ha existido, a juicio de la Letrada actuante, un error de diagnóstico pues, tras dos meses de acudir al Servicio de Traumatología del Hospital *San Pedro*, no le diagnosticaron la causa de sus padecimientos ni pusieron los medios para su correcto tratamiento.

## **Segundo**

La Instructora del procedimiento, el 21 de julio de 2009, comunica a la interesada la iniciación del procedimiento y demás indicaciones exigidas por la legislación del procedimiento común, lo que le es notificado el 23 de julio siguiente.

## **Tercero**

La Instructora del procedimiento, el mismo día, solicita de la Dirección Gerencia del Área de Salud de La Rioja, Hospital *San Pedro*, la información existente sobre la asistencia prestada, así como informe de los Facultativos intervinientes.

## **Cuarto**

La Gerente de Área Única, mediante escrito de 14 de septiembre de 2009, remite, junto a diversa documentación médica de la asistencia prestada incluido el consentimiento informado, los siguientes informes: i) del Dr. B. P., Traumatólogo, que intervino a la reclamante; ii) del Dr. O. G. de G.; iii) del Dr. B. U., Reumatólogo; iv) de la Dra. F. R., del Servicio de Urgencias; y v) de la Dra. B. M., del Servicio de Urgencias.

### Quinto

La Instructora mediante escrito de 15 de octubre de 2009, solicita a Dirección General de Aseguramiento, Acreditación y Prestaciones que la Inspección médica informe en relación con la reclamación presentada, lo que se cumplimenta el 30 de noviembre de 2009. En dicho informe, tras recoger el contenido de los informes emitidos por los Facultativos que atendieron a la reclamante, señala como conclusiones:

«1.- D<sup>a</sup> I. sufrió una caída fortuita el día 29 de julio de 2008. Como consecuencia de la misma, fue atendida en el Servicio de Urgencias del Hospital *San Pedro* los días 29 y 31 de julio de 2008. En ambas ocasiones, tras las oportunas exploraciones físicas y pruebas complementarias, se alcanzó el mismo diagnóstico, diagnóstico en el que coincidieron los dos Facultativos de Urgencias y el Traumatólogo de guardia el día 31 de julio de 2008, como consta en la documentación disponible. Una vez establecido el diagnóstico, se indicó tratamiento.

2. Si bien no se menciona en el escrito de reclamación, D<sup>a</sup> I. sufrió una nueva caída fortuita el día 7 de agosto de 2008, pero esta vez en el ámbito laboral. Esto explicaría la afirmación que hace la Letrada de la reclamante en el punto Cuarto de su escrito (*“Mientras tanto, mi representada venía siendo atendida en su mutua MC...”*). Se han solicitado a la representante de D<sup>a</sup> I. informes médicos sobre la atención prestada a la paciente por parte de la Mutua MC en dos ocasiones, pero esta Inspección Médica no ha recibido respuesta alguna.

3. D<sup>a</sup> I. sufrió una rotura del tendón supraespinoso, si bien no he encontrado ninguna evidencia de que dicha rotura se produjera tras la caída que la reclamante sufrió el día 29 de julio de 2008. Sí se desprende, sin embargo, un empeoramiento de los síntomas referidos por la reclamante tras la caída sufrida el 7 de agosto, lo que lleva a su Médico de Atención Primaria a derivarla al Servicio de Reumatología. La paciente acude, además, a su Mutua para tratamiento.

4.- Queda claro en la información disponible que la rotura del tendón supraespinoso la diagnostica el Servicio Riojano de Salud. Queda también claro que, entre el día 7 de agosto de 2008 (cuando es derivada al Servicio de Reumatología) y el día 27 de agosto de 2008 (cuando acude a consulta y se realiza el diagnóstico), la paciente no tiene contacto con el Servicio Riojano de Salud y sí con su Mutua (excepción hecha del 14 de agosto, cuando acude a su Médico de cabecera y le indica que, aunque sigue con dolor, está trabajando al tiempo que *“le han estado poniendo diclofenaco i.m.”*, entiendo que en su Mutua, y, el 18 de agosto, cuando acude de nuevo a su Médico de cabecera a por recetas. Considero, pues, a la luz de la información disponible, que no se puede afirmar que ha existido un retraso en el diagnóstico por parte del Servicio Riojano de Salud, entre otras razones porque no está establecido cuándo se produce la lesión, mientras que sí está documentada la adecuada respuesta del SERIS a la condición de la paciente cada vez que ésta se ha puesto en contacto con los distintos profesionales del servicio público de salud.

5.- La reclamante afirma en el punto Séptimo de su escrito que la presencia de “*varios anclajes metálicos*” tuvo como consecuencia que “*no podía recibir corrientes profundas de rehabilitación debido a los citados anclajes*”. Aparentemente, esta afirmación la realizó la Dra. C. de la Mutua MC. Se ha solicitado a la Letrada de la reclamante el informe médico de la Dra. C. pero no se ha recibido respuesta en esta Inspección Médica. Sí que contamos con el informe del Dr. B. en el que, sobre este particular, da las siguientes explicaciones:

*“La cirugía de manguito de rotadores en la actualidad incluye prácticamente en todos los casos la utilización de suturas con anclajes óseos. Asimismo, el postoperatorio incluye siempre tratamiento rehabilitador que se adaptará a cada caso y a cada tipo de cirugía. El hecho de que se utilizaran anclajes metálicos en ningún momento se puede considerar un problema para dar la rehabilitación que el paciente precise pues se viene haciendo así de forma habitual y no tenemos ningún problema con nuestro Servicio de Rehabilitación”.*

6. También afirma la reclamante en su punto Séptimo: “*a esto ha de añadirse que el Facultativo que la atendió el día 9 de febrero de 2009 dictaminó que el gran dolor que mi representada padece y la lenta recuperación se debe a la capsulitis adhesiva que mi representada padece y que seguramente es anterior a la operación, por lo que debió ser curada antes de ser intervenida quirúrgicamente*”

Se ha solicitado también a la Letrada el informe médico emitido por el Facultativo que atendió a D<sup>a</sup> I. en febrero de 2009, así como un informe médico emitido por el servicio público de salud, detallando la situación clínica y funcional actual de la paciente, pero no se ha obtenido respuesta alguna en esta Inspección Médica. Sí contamos con el informe del Dr. B. en el que matiza lo siguiente:

*“El diagnóstico de capsulitis adhesiva, que entiendo se le ha hecho a la paciente en la actualidad, de ningún modo puede achacarse a la falta de tratamiento preoperatorio, pues no la padecía cuando se operó. Si ésta se ha producido posteriormente, la responsabilidad, además de a una posible susceptibilidad individual, sería por una rehabilitación postoperatoria tardía o insuficiente, lo que solo podemos suponer, pues la paciente dejó de ser atendida por nuestro Centro en el momento del alta hospitalaria”*

7.- Considero finalmente, que no hay evidencia que apoye lo afirmado en el punto Octavo del escrito de reclamación: “*a resultas de la asistencia recibida, debido a un error de diagnóstico se ha agravado la situación del paciente, dado que no se le diagnosticó correctamente y, durante más de dos meses, ha estado acudiendo al Servicio de Traumatología del Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro, sin que nunca le diagnosticaran la causa de sus padecimientos ni se pusieran los medios para un correcto tratamiento. En la actualidad, continúa de baja médica y rehabilitación, sin que hasta el momento exista mejora de su patología*”.

Como se ha razonado anteriormente, no hay, por parte del SERIS, ni retraso ni error de diagnóstico. En cuanto al tiempo de espera, entre la fecha de inclusión en lista de espera quirúrgica y la fecha de ingreso para la intervención, éste es de 30 días, en el límite, pero no fuera de los plazos adjudicados a las intervenciones con prioridad alta.

En consecuencia, no se puede determinar que haya existido una mala praxis médica, estimando que se ha dado a la paciente la prestación médica adecuada con los medios disponibles del sistema sanitario».

El informe de la Inspección médica adjunta el requerimiento hecho a la Letrada de la reclamante, el 20 de octubre de 2009 (notificado el 27 de octubre siguiente), solicitándole diversos informes sobre la asistencia sanitaria prestada en MC Mutual. Dicho escrito fue reiterado el 17 de noviembre de 2009 (notificado el 20 de noviembre), sin que mereciera contestación.

El Informe de la Inspección Médica fue remitido a A. R. S., Agente de Seguros de Z. E., Aseguradora de SERIS, que acusa recibo el 21 de diciembre de 2009.

### **Sexto**

Se ha incorporado al expediente un dictamen médico redactado, para Dictamed I&I SL, Asesoría Médica, por los Dres. R. A., R. G. y L. A., Especialistas en Traumatología y Ortopedia, el 22 de enero de 2010, a instancia de Z. E., C. de S. y R., Aseguradora del SERIS. Tras relato de los hechos y las consideraciones médicas sobre las características del manguito rotador del hombro y los factores adversos que pueden afectarle, establecen las siguientes conclusiones:

*«5. Dada la edad de la paciente y los hallazgos ecográficos y de RM, cabe pensar que la rotura tenía una etiología degenerativa reagudizada por el traumatismo. La distinción entre una lesión aguda, los síntomas agudos de una lesión crónica y la extensión aguda de una lesión cónica es difícil de establecer, si no imposible.*

*6. No es posible determinar cuándo se produjo la rotura, si en la primera o en la segunda caída. Aunque en alguna de las exploraciones realizadas antes de la segunda caída no existía impotencia funcional absoluta para la separación del hombro, hallazgo éste que es característico de las roturas completas agudas.*

*7. La cirugía realizada antes de los tres meses da buenos resultados con respecto al dolor, aunque la funcionalidad no es excelente. Para la misma es necesaria la utilización de anclajes que pueden ser metálicos.*

*8. La capsulitis adhesiva suele ser secundaria a la cirugía del manguito rotador».*

### **Séptimo**

La Instructora da trámite de audiencia al representante del interesado el 27 de enero de 2010, notificado el 29 de enero siguiente.

### **Octavo**

Mediante escrito registrado en el Registro de la Delegación del Gobierno en La Rioja el 27 de enero de 2010, la Letrada de la reclamante aporta diversa documentación médica requerida a D<sup>a</sup> I., en concreto:

-Comunicat mèdic d'alta d'incapacitat per contingències comunes (19 de enero de 2010), en el que como Diagnostico figura: «fractura de l'espatlla i el braç».

-Informe del Dr. C., del Hospital Universitari de Tarragona *Joan XXIII*, de 9 de febrero de 2009, de lectura difícil por su carácter manuscrito y ser fotocopia de poca calidad.

-Informe médico asistencial de 14 de agosto de 2008, de MC Mutual

-Informe médico asistencial de 17 de noviembre de 2008, de MC Mutual.

En el Informe de 14 de agosto, consta, como «Motivo de asistencia»: *«paciente atendida en SS por caída en casa, el 29 de julio de 2008, sobre el hombro y hemicuerpo izdo, con informe de Urgencias del HSP, de 29 de julio de 2008 y de 31 de julio de 2008, con estudio de RX de hombro izdo, sin fracturas óseas, en TTO, con aines y analgésicos, y citada a Consulta de Reumatología de SS el 27 de agosto de 2008, mientras es visitada por un Traumatólogo privado. El día 7 de agosto de 2008, se cae de nuevo en el trabajo sobre el mismo lado y sigue con dolor en hombro izdo»*. En «*Exploración física y evolución*» consta *«hombro izdo doloroso, con limitación moderada; ruido articular; no se aprecia patología aguda mayor, tras la caída laboral del día 7. Rx de hombro izdo, sin calcificaciones, densidad ósea disminuida en acromioclavicular y cabeza humeral (osteopenia ya diagnosticada). Hematoma en cadera izda, desde caída del 29»*. En «*Impresión u orientación diagnóstica*» consta: *«Síndrome subacromial tras caída el día 29 de julio de 2008 en su domicilio»*.

Finalmente, consta una Diligencia de 25 de marzo de 2010, que deja constancia de la comparecencia de la Letrada ante la Instructora del procedimiento y de que solicita copia de las actuaciones practicadas.

## **Noveno**

La Instructora, el 19 de mayo de 2010, formula Propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación de responsabilidad presentada por D<sup>a</sup> I. H. por no ser imputable al funcionamiento del SERIS el daño alegado cuya reparación se solicita. Considera que no existe el exigido imprescindible nexo causal entre las lesiones alegadas y la actuación sanitaria, que la reclamante tiene la carga de probar. No sólo no aporta prueba o indicio de que haya existido retraso en el diagnóstico de la rotura de tendón que haya agravado su situación, sino que los informes médicos emitidos coinciden en apuntar que el origen de la fractura fue el traumatismo que sufrió en una segunda caída accidental, el 7 de agosto de 2008, caída a la que no hace referencia alguna en su escrito. No concurre, asimismo, el requisito de la antijuridicidad, modulado en materia de responsabilidad sanitaria de acuerdo con el criterio de la *lex artis*, que no se ha vulnerado en el presente caso, razón por la que el perjudicado no pueda imputar el daño a la Administración sanitaria, debiendo soportar las consecuencias lesivas del mismo.

## **Décimo**

Remitido, para informe, a la Dirección General de los Servicios Jurídicos, es emitido dicho informe, en sentido favorable a la Propuesta de resolución, el 25 de mayo de 2010.

## **Antecedentes de la consulta**

### **Primero**

Por escrito de 25 de mayo de 2010, registrado de entrada en este Consejo el 3 de junio de 2010, el Excmo. Sr. Consejero de Salud 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 junio de 2010, 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.

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 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, limita la preceptividad de nuestro dictamen a las reclamaciones de cuantía indeterminada o superiores a 600 euros. La cuantía ha sido elevada a 6.000 euros por Ley 5/2008, que ha dado nueva redacción al citado precepto. Al ser la cuantía de la reclamación superior a 600 euros, nuestro dictamen resulta 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 de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

## **Segundo**

### **Sobre los requisitos exigidos para el reconocimiento de la Responsabilidad patrimonial de la Administración pública.**

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 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, 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), 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.

4°.- 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, así como en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y calidad del sistema nacional de salud, desarrolladas por el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del sistema nacional de salud y el procedimiento para su actualización, no son absolutos, pues, por ambiciosas y amplias que sean las prestaciones reconocidas por el sistema sanitario público y las aptitudes de los profesionales sanitarios, no podemos soslayar nuestra condición perecedera como seres vivos. Por esa razón, la acción de los poderes públicos en materia sanitaria es, sobre todo y por lo general, 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*, dado que no es posible garantizar de manera absoluta la curación y sanidad de los pacientes.

De manera que –como hemos señalado en múltiples dictámenes– siempre que la Administración sanitaria haya puesto los medios necesarios de acuerdo con los protocolos de actuación y sus profesionales actuado de conformidad con la *lex artis ad hoc* no será posible imputar a la Administración el daño generado o concomitante a la prestación sanitaria.

### **Tercero**

#### **La inexistencia de responsabilidad de la Administración en el presente caso**

En el presente caso, estaríamos –según el escrito inicial del reclamante– ante un funcionamiento inadecuado de la Administración sanitaria, debido al error de diagnóstico, al no haber advertido la rotura del tendón supraespinoso, unido al retraso en el tratamiento debido, no información de la implantación de anclajes metálicos en la intervención

quirúrgica a la que fue sometida, así como a no haber curado la capsulitis adhesiva padecida, lo que ha dificultado la rehabilitación a la que ha sido sometida.

Para la Propuesta de resolución, sin embargo, el daño alegado por la reclamante no es imputable a la Administración sanitaria, por no existir el imprescindible nexo causal, cuya prueba incumbe a quien lo alega y, en el presente caso, no aporta prueba suficiente de que haya existido un retraso en el diagnóstico, pues los informes médicos existentes coinciden en apuntar que el origen de la fractura del tendón supraespinoso fue el traumatismo producido por una segunda caída accidental posterior, que la reclamante no menciona en su escrito. Asimismo, añade la Propuesta que no concurre la antijuridicidad del daño alegado, pues, en materia de responsabilidad sanitaria, el criterio determinante de la imputación es la *lex artis*, de manera que si ésta no se ha incumplido, el daño no puede ser imputable a la Administración sanitaria.

Este Consejo Consultivo, atendidas las circunstancias del caso, no puede sino estar de acuerdo con la Propuesta de resolución, a la vista de los informes médicos existentes y de la valoración de los hechos, cuya exposición ha sido selectivamente presentada por la Letrada de la reclamante, hasta llevarla infundadamente a imputar el daño alegado a la Administración sanitaria.

En efecto, la sintomatología de la reclamante, a consecuencia de la primera caída accidental, es coherente con el diagnóstico inicial de «*contusión en hombro y codo izquierdo; y contusión dorso lumbar*», (folio 22). Y es que, en ese momento, la «*movilidad conservada, aunque dolorosa*», del hombro y codo y la inexistencia de fracturas óseas, confirmadas por las radiografías, no hacía razonable otro diagnóstico (confirmado el 31 de julio, folio 21), pues –como dice el informe de los Médicos Especialistas– sólo las roturas agudas completas del supraespinoso producen «*impotencia funcional activa para la abducción del hombro, pero es posible la movilización pasiva*» y «*la radiografía no informa sobre lesiones de partes blandas y sólo ofrece signos secundarios de la patología tendinosa*», dificultades del manguito rotador del hombro explicables, además, por la degeneración propia de la edad.

Evidencia esta movilidad conservada relativa el hecho de que la reclamante, pese al dolor, continuara trabajando. Y es, al parecer, en su trabajo, donde sufre una segunda caída el día 7 de agosto de 2008, que motiva una nueva asistencia en el Servicio de Urgencias, ese mismo día, donde ya se advierte de «*impotencia funcional*» (folio 16), a consecuencia de la cual es tratada y dada la baja laboral por MC Mutual (el 14 de agosto); y el Facultativo de Atención Primaria la enviará al Servicio de Reumatología, que diagnosticará la rotura del tendón supraespinoso el 27 de agosto de 2008.

Es particularmente relevante el informe médico asistencial, realizado por la MC Mutual el 14 de agosto de 2008 (folio 67), en el que, en «Exploración física y evolución»,

consta: *«hombro izdo. doloroso, con limitación moderada...no se aprecia patología aguda mayor, tras caída labral del día 7...densidad ósea disminuida en acromioclavicular y cabeza humeral (osteopatía ya diagnosticada)»; y la «Impresión u orientación diagnóstica» es: «síndrome subacromial, tras caída el día 29 de julio de 2008, en su domicilio». Pero este diagnóstico de «síndrome subacromial» es –como afirman los Especialistas de D. I&I SL– un cuadro clínico de gravedad variable, desde la tendinitis hasta la rotura masiva.*

En consecuencia, no existe evidencia –afirma la Inspección médica– de que la citada rotura se produjera tras la caída que la reclamante sufrió el día 29 de julio de 2008; y sí se constata un empeoramiento de los síntomas tras la segunda caída del 7 de agosto de 2008, determinante para que su Médico de Atención Primaria la remitiera al Servicio de Reumatología, que fue quien diagnosticó la referida rotura, no advertida, sin embargo, por los Facultativos de MC Mutual ni por el Traumatólogo privado al que D<sup>a</sup> I. acudió, según se refiere en el Informe de MC Mutual (folio 67). Por lo expuesto, no cabe hablar de error de diagnóstico en la asistencia prestada a D<sup>a</sup> I..

Igualmente, deben rechazarse las alegaciones hechas por la Letrada de la reclamante en cuanto al posible daño para el proceso rehabilitador de D<sup>a</sup> I., derivado de la utilización de anclajes metálicos, que son utilizados de forma habitual en esta clase de intervenciones quirúrgicas o de la existencia de una capsulitis adhesiva, que debiera haber sido tratada con anterioridad a la intervención quirúrgica, cuya existencia previa no confirman los informes médicos.

En la Propuesta de Resolución se razonan suficientemente estos extremos con fundamento en los informes médicos aportados al expediente. En este sentido, llama la atención la falta de colaboración de la Letrada actuante a no aportar, cuando le fueron reclamados, los informes médicos de la atención sanitaria prestada a D<sup>a</sup> I. en MC Mutual y en otras entidades sanitarias. Esta falta de colaboración ha supuesto un considerable retraso en la tramitación de este procedimiento, así como parece poco justificado que, presentados parcialmente algunos de estos documentos el mismo día que se le daba trámite de audiencia, se haya admitido éste dos meses más tarde.

## CONCLUSIONES

### Única

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por D<sup>a</sup> Y. A., en nombre y representación de D<sup>a</sup> I. H. L., al no ser imputable el daño alegado, cuya reparación solicita, 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