

En Logroño, a 27 de julio de 2015, 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. José María Cid Monreal, D. Enrique de la Iglesia Palacios, D. José Luis Jiménez Losantos y D. Pedro María Prusén de Blas, 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

37/15

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 formulada por D. A.P.P. por los daños y perjuicios que entiende causados a su fallecida esposa, D^a L.C.E, tras ser atendida de una amiloidosis sistémica con miocardiopatía restrictiva; y que valora en 400.000 euros.*

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

Mediante escrito de fecha 26 de mayo de 2014, registrado de entrada en la Oficina Auxiliar de Registro de la Consejería de Salud y Servicios Sociales del Gobierno de La Rioja, el siguiente día 30, la Abogado D^a I.A.G, en representación acreditada documentalmente del antes referido reclamante, plantea una reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, cuya relación de hechos, transcribimos literalmente a continuación:

“1. (La paciente), esposa fallecida (del reclamante), comenzó a sentir, en 2012, una serie de dolencias en las articulaciones: se le inflamaban, anemia, pérdida de peso. En 2013, los síntomas eran más patentes si cabe; no mejoraba y, a esto, hay que añadir náuseas y vómitos. Por ejemplo, en mayo de 2013, concretamente el 14, constaba en el informe: *“impresión clínica: anemia hipernienorrea”*.

2. (La paciente) y su esposo, acudieron en numerosas ocasiones a los Centros sanitarios, como mínimo en cinco ocasiones, por presentar dolores muy fuertes en zona lumbar y, en una ocasión, tener un hematoma en la zona de la ingle derecha, por delante y por detrás. Los síntomas anteriores, persistían (pérdida de peso, vómitos, náuseas, anemia) Además, sufría dolores e hinchazón en los tobillos, el 23 de mayo de 2013, la (paciente) fallecida, acudió (al Servicio de) Radiología del Hospital *San Millán-San Pedro* de Logroño, y le realizaron una radiografía, en la que no se

observaron fracturas. Tampoco había nada reseñable en las revisiones ginecológicas a las que acudía regularmente (la paciente), como ocurrió en la revisión y posterior informe (del Servicio de Anatomía patológica, del mismo Centro, arriba citado).

3. En agosto de 2013, volvió al Hospital por un bulto; fue el cinco de agosto. Le atendieron en (el Servicio de) Urgencias: *“Acude a consulta de Medicina General, con afectación del estado general y fuerte dolor. Desde hace 5 días, adenopatía axilar derecha muy dolorosa. Lleva unos días que apenas come. Dolor torácico posterior (...)”*. Durante este episodio, quedó ingresada; el objetivo del ingreso fue el de hacerle una biopsia del bulto que padecía, en la axila. Además de esto, le realizaron pruebas por el dolor lumbar que refería la paciente: el 8 de agosto, en este sentido, y en virtud de las pruebas realizadas, le diagnosticaron hernia de disco en las vértebras L4 y L5. El 12 de agosto de 2013, le realizaron las pruebas previas para anestesia del proceso de biopsia; el 19 de agosto de 2013, le realizaron la biopsia, en la que la muestra no permitía descartar ni afirmar patología linfóide; esto fue para la citología de adenopatía axilar, para el caso de la exéresis. En este caso, hubo un diagnóstico: adenopatía axilar; ganglio linfático reactivo con extensas áreas de hemorragia. Se la da el alta con un diagnóstico de hernia de disco L4-L5, sin una medicación determinada.

4. La situación lejos de mejorar, continua igual o peor: los vómitos, dolores, es decir todos los padecimientos sufridos, hasta la fecha sin mejora, pero con una agravación muy patente. En septiembre de 2014, es citada, para la realización de una ecografía abdominal prevista en el CARPA, día 11 de octubre de 2013; ecografía abdominal, que incluía también exploración renal.

Al haberle realizado la ecografía abdominal prevista y comprobar que había signos de ascitis de instauración reciente y nefropatía difusa y, al haber notado la paciente, distensión abdominal, le remitieron al Servicio de Urgencias desde el mismo CARPA. El mismo día, acudió a dicho Servicio de Urgencias, con un fallo multiorgánico en el corazón y el riñón. Quedó ingresada en una planta polivalente, en una habitación normal, le dieron de comer normal y bebió abundantes líquidos, aun fallándole los riñones. Con: *“Insuficiencia renal aguda, proteinuria, ascitis”*. En el informe (del Servicio de) Medicina interna, que coincidió con el día del ingreso, apuntaron como la causa del ingreso: *“distensión abdominal con ascitis acompañada de malestar general y estado nauseoso”*. En el mismo informe, citaron, además, que sufría de anemia ferropénica de 7 meses de evolución, además también figuraba en los antecedentes un bulto en la ingle, que no se llegó a biopsiar, ya que se disolvió espontáneamente. En el informe, en el apartado de enfermedad actual, se informó de lo siguiente: *“paciente que, una semana antes del presente ingreso, refiere aumento del perímetro abdominal, con edematización en pies y tobillos y síndrome constitucional con astenia, anorexia, pérdida de peso, prurito generalizado en cabeza y abdomen, afebril, motivos por los cuales ingresa”*.

En el ecocardiograma, realizado, con motivo del ingreso de estas fechas, (entre el 11 de octubre y el 18 de octubre, visibilizan una hipertrofia ventricular izquierda, dice el informe expresamente: *“que orienta hacia una miocardiopatía, infiltrativa, amiloidosis, Fabry*. En la evolución de este mismo informe, consta, asimismo, que: *“la paciente sigue una evolución hacia un fracaso multiorgánico, principalmente con un alto grado de insuficiencia cardíaca, debido a la miocardiopatía restrictiva severa que presenta la paciente, con tensiones bajas y anasarca que se mantienen e incluso mejoran en algunos de sus parámetros con fármacos vasoactivos y manejo de diuréticos. Asimismo, presenta una insuficiencia renal, probablemente en relación a su proceso infiltrativo, con un claro componente prerrenal debido a la insuficiencia hepatocelular. Debido al mismo proceso infiltrativo, que son corregidos con suplementos intravenosos de vitamina K y factores protombínicos para la realización de las biopsias. Así como el aporte de albumina endovenosa”*. Debido a la gravedad de la paciente por el fracaso multiorgánico y a petición de la familia, no existe ningún

inconveniente, sino todo lo contrario, para que se efectúe su traslado a un Centro de mayor especialización en el manejo de amiloidosis sistémica, como puede ser la C.U.N.

5. El día 14, fue visitada, durante su ingreso, por los internistas. Se les había informado, ese mismo lunes, de que la enfermedad era grave; pero que, aun estando los órganos afectados, se podría intentar con un trasplante. El día 17 de octubre, tres días después, le dijeron a su viudo, que no podían hacer nada por su vida. Ante ésta situación, mi representado acudió a la C.U.N, para continuar con algún tratamiento posible.

6. Después de haber hablado con los Especialistas de la Clínica, le comentaron que el traslado podía ser complicado, por encontrarse en una UCI, a esto (el reclamante) respondió que no estaba en tal Unidad; ante este comentario, los Especialistas de la CUN se quedaron perplejos y le dijeron que cada **minuto** fuera de la UCI, era muy perjudicial para el débil estado de su esposa.

7. En la CUN, le limpiaron la sangre, le realizaron diálisis y la trataron con quimioterapia. Aun así, advirtieron (al reclamante) que su débil corazón, podría no aguantar los requerimientos del tratamiento de diálisis. El 7 de noviembre, tras una parada cardiorrespiratoria, de la que no consiguió recuperarse, fallece (la paciente).

8. A esto hay que añadir que (el reclamante) pidió el historial completo de su esposa y no se lo dieron. Además, desde el primer momento en que sufría los síntomas de la enfermedad, erraron en los diagnósticos, ya que no supieron decir qué le ocurría, pero no pusieron los medios para el diagnóstico. Los síntomas que presentaba (la paciente) fueron, desde el principio, muy reveladores: estaba hinchada, presentaba edemas, perdía peso, se le inflamaban las articulaciones, surgían bultomas. Entonces, se le diagnosticó hernia de disco en las vértebras, L4 y L5. **Con lo que nos encontramos ante un error diagnóstico y, como consecuencia de ello, un error en el tratamiento; y de todo ello deriva, además, un diagnóstico tardío.**

En agosto, debieron de hacer todas las pruebas, ya que la situación era lo bastante alarmante como para dejar pasar el tiempo hasta octubre, como para no emitir un diagnóstica certero, ya que los síntomas eran lo suficientemente reveladores cómo para advertir que se estaba ante un **proceso de amiloidosis**, en el que el tiempo es vital. Consideraciones aparte merece el hecho de que la paciente, ante le gravedad de su enfermedad, ya detectada en el mes de octubre 2013, y, ante la mala evolución de la misma, no fuese ingresada en la UCI. En ese momento, claramente, no se pusieron todos los medios a disposición del paciente".

Acompaña a su escrito diversa documentación acreditativa de su representación, certificado de matrimonio de su poderdante, fotocopia del Libro de Familia y justificantes de la declaración de la renta de 2012 de la fallecida.

Tras exponer los fundamentos de Derecho que considera aplicables, termina solicitando, para su representado y los hijos de éste, una indemnización de 400.000 euros.

Segundo

Mediante Resolución de 4 de junio de 2014, se tiene por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial, con efectos del anterior día 30 de mayo, y se nombra Instructora del procedimiento.

Tercero

Por carta del día 5 de junio, se comunica a la Letrado del reclamante la iniciación expediente, informándole de los extremos exigidos por el artículo 42-4º de la Ley 30/1992.

Y, mediante comunicación del mismo día, la Instructora se dirige a la Dirección del Área de Salud de La Rioja-Hospital *San Pedro*, solicitando cuantos antecedentes existan y aquellos datos e informes que estime de interés relacionados con la asistencia sanitaria prestada en los Centros Sanitarios del Servicio Riojano de Salud a la paciente, copia de la historia clínica relativa a la asistencia reclamada exclusivamente y, en particular, informe de los Facultativos intervinientes acerca de la asistencia prestada.

En la misma fecha, se dirige a la C.U.N. interesando la revisión de cuantos antecedentes existan relacionados con la asistencia prestada a Dª L.C.E en dicha Clínica.

Ambas solicitudes son reiteradas el día 12 de septiembre de 2014.

Cuarto

Por escrito de 7 de octubre, la C.U.N. envía informe médico y, mediante el de fecha 5 de noviembre, la Dirección de Área de Salud remite al Servicio de Asesoramiento y Normativa la historia clínica, así como los informes aportados por los Drs. Dª G.M.N, D. J.P.M, D. A.M.L, D. P.A.A, D. J.C.C. y Dª Mª E.P.P.

Quinto

Con fecha 25 de noviembre, 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.

Sexto

Obra a continuación, en el expediente, dictamen médico de la Consultoría médica Promede emitido a instancia de la Aseguradora del SERIS W.R.B, de fecha 26 de diciembre, que establece las siguientes conclusiones médico-periciales:

- “1. La paciente de 44 años fue ingresada en 2 ocasiones, julio y agosto, por dolor lumbar y aparición de adenopatías.*
- 2. Fue correctamente estudiada en ambas ocasiones, con estudios acordes a la sintomatología que presentaba y seguimiento en consultas.*
- 3. En octubre comenzó con nueva sintomatología, que motivo su tercer ingreso, con el diagnóstico definitivo de amiloidosis asistémica AL.*
- 4. La clave diagnóstica fue la aparición de una miocardiopatía restrictiva con insuficiencia cardíaca, cuadro que tiene un pronóstico infausto.*
- 5. Decidió ser trasladada a la C.U.N, donde la paciente falleció el 7 de noviembre, como era de esperar.*
- 6. La atención recibida por (la paciente) fue correcta y ajustada a lex artis. No existió retraso diagnóstico alguno cuando comenzó a ser atendida en julio del 2013, con los síntomas y signos que presentaba. Cuando estos se modificaron, en octubre del 2013, el diagnóstico fue rápido y certero, teniendo esta enfermedad, amiloidosis primaria AL sistémica, con esta presentación, un pronóstico infausto, que se confirmó.”*

Séptimo

El 15 de enero de 2015, se remite el Informe de la Inspección médica de la misma fecha, que establece, en base a los hechos reflejados y a la bibliografía consultada, la siguiente discusión científico-técnica:

“... La página 4 de escrito de reclamación dice textualmente “desde el primer momento en que sufría los síntomas de la enfermedad, erraron en los diagnósticos, ya que no supieron decir qué le ocurría, pero no pusieron los medios para el diagnóstico. Los síntomas que presentaba (la paciente), fueron, desde el principio, muy reveladores: estaba hinchada, presentaba edemas, perdía peso, se le inflamaban las articulaciones surgían bultomas. Entonces, se le diagnosticó hernia de disco en las vértebras L4 y L5. Con lo que nos encontramos ante un error diagnóstico y, como consecuencia de ello, un error en el tratamiento y de todo ello deriva además, un diagnóstico tardío”.

De la lectura del párrafo anterior, parece desprenderse, que la reclamación se sustenta de un lado, en un error diagnóstico y las consecuencias que de ello se deriva; y, por otro lado, en que no se pusieron todos los medios para diagnosticar más prontamente a la paciente.

En cuanto a que no se pusieron todos los medios para facilitar prontamente el diagnóstico; a mi juicio, no está basado en hechos objetivos. Fundamenta esta aseveración en unos síntomas que, además de no ser progresivos ni estar presente a lo largo de los meses (de abril a octubre de 2013), tienen un carácter inespecífico, en cuanto que pueden darse en multitud de patologías, muchas de ellas, de pronóstico no grave. En efecto, los dolores e inflamaciones en manos, por las que fue visto por (el Servicio de) Reumatología, en abril de 2013, tenían carácter cíclico; en la consulta de (dicho Servicio de) Reumatología hecha en esa fecha, se dice que la paciente está asintomática, sin clínica cutánea, y nada se menciona, en esa fecha, de otros síntomas que posteriormente padecería, como ascitis o edemas o pérdida llamativa de peso. Cuando acude (al Servicio de) Urgencias, en julio de 2013, se queja de tumoración dolorosa en región inguino-crural, de 6 días de evolución, acompañada de hematoma en el muslo. En ese momento, no se comenta que existiera patología activa de carácter inflamatorio en las manos, ni de edemas o ascitis. No obstante la aparición progresiva de dolor lumbar, precedida de la adenopatía inguinal y de esas inflamaciones erráticas y dolorosas en ambas manos, lleva, el 13 de julio de 2013, a ingresar a la paciente, en el Servicio de Medicina Interna para practicarle un estudio pormenorizado y sentar un diagnóstico lo más fundamentado posible. En este ingreso, que dura 5 días, se practican a la paciente múltiples exploraciones complementarias, tanto analíticas como radiológicas, sin resultados patológicos concretas.

Nuevamente, ingresa el 05/08/2013, por aparición de una nueva adenopatía y dolores lumbares. Se programan nuevas pruebas complementarias, incluyendo estudios de resonancia magnética. TAC, mamografías, y biopsia y citología de la adenopatía. El resultado de estos estudios demuestra la existencia de una hernia discal L4-L5; y la biopsia y citología del ganglio no alcanza un diagnóstico concluyente desde el punto de vista anatomo-patológico, con lo que, con buen criterio, se decide hacer seguimiento evolutivo de la paciente en consultas externas.

Es en el contexto de este seguimiento, cuando se van añadiendo nuevos síntomas, como es el aumento del perímetro abdominal, la edematización de pies y tobillos (que hasta entonces no existían), la astenia y la constatación de una pérdida de peso en poco tiempo. Se decide nuevamente su ingreso y ahora es cuando se objetiva afectación funcional hepática renal y de insuficiencia cardíaca, que, hasta entonces, no existían. Interesa remarcar este aspecto. No es que no se hubiera estudiado adecuadamente la funcionalidad de los órganos y aparatos descritos, sino que, hasta entonces, los estudios no daban signos de anormalidad. Esto, a mi juicio, desmonta, con argumentos sólidos, que no se hayan puesto con prontitud todos los elementos diagnósticos precisos. Es ahora, por vez primera, cuando se evidencian alteraciones patológicas, renales, hepáticas y cardíacas; y, por ello, se realizan estudios específicos en el Laboratorio de Inmunología que pone sobre la pista de que se trata de una enfermedad infiltrativa, en relación con posible sustancia amiloide, generalizada por la patología de las cadenas, de inmunoglobulinuria sistémica y adquirida.

Por tanto, a mi entender, no sólo no ha existido error diagnóstico, pues el diagnóstico de fleva discal es correcto (confirmado por la resonancia), aunque a estos efectos sea intrascendente; sino que éste ha sido rápido, gracias al seguimiento que a la paciente estaba haciendo (el Servicio de Medicina Interna, desde su primer contacto en el mes de julio de 2013).

Como bien explica el Dr. P, Médico especialista del Servicio de Medicina Interna del HSP, esta enfermedad, la amiloidosis (AL), ligada a cadenas ligeras de inmunoglobulina sistémica y adquirida, es una patología de escasa incidencia, estimada en 6 casos por millón de habitantes y año, y manifestaciones progresivas a lo largo del tiempo, lo que implica que su diagnóstico no es posible sospecharlo en el primer síntoma clínico; por otra parte, tan inespecífico y variable de un caso a

otro. Por tanto, resulta imposible científicamente asociar un diagnóstico certero a la aparición de ese primer síntoma. Es precisamente el seguimiento constante y la aparición de otros nuevos, cada vez más significativos lo que pone en la pista para su diagnóstico. En este caso, no hay dudas de que no ha habido ningún retraso en su diagnóstico.

Por otra parte, debemos añadir que, en los momentos actuales, esta enfermedad es de una rápida progresión y no tiene un tratamiento efectivo que impida su desenlace fatal; al menos así se desprende de la literatura científica que he consultado y que coincide con lo expuesto por el Dr. P. Este Dr., en base a los estudios analíticos y de imagen practicados a (la paciente), la clasifica en el grupo IV de la clasificación propuesta por la C.M.E.U.A, lo cual implica una supervivencia media máxima de 5 meses.

Por lo expuesto anteriormente, en mi opinión se ha actuado conforme a la praxis médica, no existiendo retraso alguno en el diagnóstico de la amiloidosis ni error diagnóstico. Y, dicho lo anterior, no es posible establecer un nexo causal de una mala praxis con el fallecimiento de la paciente.”

Octavo

Mediante escrito de 19 de enero, la Instructora se dirige a la Letrado de la reclamante dándole trámite de audiencia, por término de quince días.

La Letrado comparece en el Servicio de Asesoramiento y Normativa el siguiente día 6 de febrero y se le facilita una copia de todos los documentos obrantes en el expediente de responsabilidad patrimonial, sin que posteriormente presente alegaciones.

Noveno

Con fecha 27 de mayo de 2015, la Instructora del expediente emite la Propuesta de resolución en el sentido de que se desestime la reclamación, por no ser imputable el perjuicio alegado, al funcionamiento de los Servicios públicos sanitarios.

Décimo

El Secretario General Técnico, el día 29 de mayo, 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 siguiente día 1 de junio.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente el 3 de junio de 2015, y registrado de entrada en este Consejo el 4 de junio de 2015, 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

El Sr. Presidente del Consejo Consultivo de La Rioja, mediante escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente el 4 de junio de 2015, procedió, en nombre de dicho Consejo, 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 los interesados la cantidad de 400.000 euros, no cabe dudar del carácter preceptivo de nuestro dictamen.

En cuanto al contenido del mismo, 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 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 D.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 D.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

Frente al oscuro, parcial y subjetivo relato de hechos del escrito de reclamación, exponemos los que, en base a los datos obrantes en la historia clínica de la paciente, cabe considerar como objetivos y probados:

-El 18 de abril de 2013, remitida por su Médico de cabecera, es vista, en consulta externa de del Servicio de Reumatología, por un episodio de dolor en inflamación en segundo dedo de mano izquierda. En febrero anterior, se le había realizado una ecografía de carpo derecho, sin mostrar alteración alguna. En abril, está asintomática y sin clínica cutánea. Por ello, el diagnóstico es de ausencia, en ese momento, de patología reumatológica, aconsejando control por su Médico de cabecera.

-El siguiente 14 de mayo, remitida también por su Médico de cabecera, acude al Servicio de Urgencias del Hospital San Pedro (HSP), por un episodio de pre-síncope, estando en tratamiento con hierro por anemia, debido a hipermenorreas. Es explorada y estudiada y, con la impresión clínica de anemia e hipermenorreas, se le aconseja cita, preferente, para el Servicio de Cardiología, por la presencia en el ECG de ondas T negativas en V3-V5,

-Remitida nuevamente por su Médico de cabecera, el 2 de julio, acude al Servicio de Urgencias del HSP, por la presencia de una tumoración dolorosa en región inguino-crural derecha, de 6 días de evolución, que ha aumentado de tamaño y que se acompaña de hematoma en el muslo ipsilateral. También tiene ligera febrícula y no refiere antecedente traumático o sobreesfuerzo. Se le estudia, incluyendo una ecografía de la región inguinal, concluyendo que se trata de una adenopatía inflamatoria y hematoma adyacente. Se le propone que sea vista en consultas externa del Servicio de Enfermedades Infecciosas y se le envía a su domicilio.

-El 09/07/2013, es vista en consulta del Servicio de Cirugía General y de Aparato Digestivo, para la valoración de la adenopatía inguinal en la que se decide no actuar quirúrgicamente, una vez explorada y vista la ecografía realizada.

-El 13 de julio, ingresa en el Servicio de Medicina Interna para estudio, con la presencia de dolor lumbar, precedido de una adenopatía inguinal derecha, con dolores erráticos y cambiantes, sobre todo en las articulaciones de ambas manos. La paciente manifiesta pérdida de peso de 6 kilogramos en 3 semanas, relacionándolo con la mala tolerancia al hierro oral. El estudio incluye hemograma y bioquímica, estudio de autoinmunidad, coagulación, estudio completo de marcadores tumorales, proteína C reactiva, serología a diversos procesos, estudio de orina, HLA B-27, que es negativo, estudio radiológico de tórax, de columna lumbosacra y de ambas caderas, TAC toraco- abdomino-pélvico y gammagrafía ósea bifásica. Dada la mejoría evolutiva y ante la inespecificidad de la clínica, con el juicio diagnóstico de ligera anemia hipocroma microcítica ferropénica, por pérdidas menstruales y de dudosa sacroileitis no objetivada con las técnicas de imagen, es dada de alta el 18 de julio, quedando emplazada para la consulta del Servicio de Medicina Interna del Dr. P, el día 6 de septiembre.

-El 11 de octubre, acude nuevamente al Servicio de Urgencias del HSP, remitida desde el CARPA (Centro Asistencial para la Resolución de Procesos Ambulatorios), por el Radiólogo, tras identificar, en una ecografía hecha en esa fecha a petición de la consulta del Servicio de Medicina Interna, signos de ascitis de instauración reciente así como de nefropatía difusa. Según refiere su marido, en los 10 días previos, la paciente ha comenzado a notar distensión abdominal progresiva. Con la impresión clínica de insuficiencia renal aguda, proteinuria y ascitis, se procede a su ingreso en el Servicio de Medicina Interna.

-Ingresa, pues, en el Servicio de Medicina Interna, donde es sometida a distintas pruebas, entre ellas un ecocardiograma y una resonancia cardiaca. La evolución es tórpida, caminando hacia un fracaso multiorgánico con un alto grado de insuficiencia cardiaca y de insuficiencia renal, que no mejora a pesar de los tratamientos administrados, Se añaden trastornos de coagulación por insuficiencia hepatocelular y todo ello como consecuencia de un proceso infiltrativo. Con los diagnósticos de *“amiloidosis ligada a cadenas ligeras, de inmunoglobulina sistémica y adquirida, miocardiopatía restrictiva por infiltración amiloide, insuficiencia renal aguda con componente prerrenal e infiltrativo por amiloidosis, insuficiencia hepatocelular con trastornos de la coagulación por infiltración amiloide y fracaso multiorgánico”*; ante la gravedad de la paciente, su familia solicita el traslado a un Centro de mayor especialización en el manejo de la amiloidosis sistémica, como puede ser la C.U.N.

-Es trasladada a la CUN el 18 de octubre, ingresando en la UCI donde su evolución, a pesar de los tratamientos, es negativa, falleciendo el 7 de noviembre de 2013.

En todo este *iter* asistencial, realmente, no hay prueba alguna, ni siquiera indiciaria, de un error de diagnóstico, y subsiguiente error de tratamiento, o de diagnóstico tardío, pretendidos por el reclamante, ni de cualquier otro tipo de infracción a la *lex artis* que pudiera entrañar pérdida de oportunidad o constituir criterio positivo alguno de imputación de responsabilidad a la Administración pública.

Y, por mucho que intentemos minorar el rigor de las disposiciones que rigen la carga de la prueba, matizándolas con teorías como la del daño desproporcionado, la de la

facilidad probatoria, la culpa virtual u otras similares, siempre tendrá que aportar quien reclama un principio de prueba no sólo de la existencia del daño, sino también, de que éste es consecuencia del funcionamiento del servicio público.

Nos encontramos de nuevo, en el presente caso, ante una condenable ausencia total de actividad probatoria por parte del reclamante. Es más, pese a obtener la Letrado copia de todo el expediente (Antecedente Octavo del Asunto) y conocer, por tanto, el contenido del informe de la Inspección médica, del dictamen pericial aportado por la Aseguradora del SERIS y demás informes médicos, no utiliza el trámite de audiencia aunque fuera para intentar alguna argumentación contraria a las conclusiones de aquéllos.

Además de los citados informes (de la Inspección médica y el dictamen pericial), obran en el expediente hasta un total de siete informes de los Facultativos intervinientes en la asistencia prestada por los Servicios públicos sanitarios a la fallecida. Frente al juicio técnico contenido en todos ellos; y, a pesar de que pudieran cuestionarse por la posibilidad de ser considerados como de parte, no pueden gozar de eficacia enervante las manifestaciones 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, repetimos, a los ya citados informes y pericia; y, a la vista de los mismos, ha de concluir que la actuación de los servicios públicos sanitarios se ha ajustado en todo momento a la *lex artis ad hoc*. Como se ha reiterado hasta la saciedad, la obligación del profesional médico y de la Administración sanitaria, es *“una obligación de medios y no de resultado, de manera que, en principio, cuando se actúe de acuerdo con la lex artis, los daños no le pueden ser imputados a la Administración”*. Como recuerda la Sentencia del Tribunal Supremo de 13 de julio de 2007:

“Cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible a la Ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia posoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste hoy recogida en citado artículo 141.1 de la Ley 30/1/992, de 26 de noviembre ...”

Advirtamos que la tesis contenida en el inciso final del párrafo transcrito coincide con la doctrina mantenida en nuestro dictamen D.99/04, tesis que hemos matizado en dictámenes posteriores en el sentido de que no se trata de que el perjudicado tenga un

específico deber jurídico de soportar el daño; sino que, simplemente, si se ha actuado conforme a la *lex artis ad hoc*, no cabe imputar dicho daño a ningún sujeto, por no concurrir el imprescindible criterio positivo de imputación que el ordenamiento siempre requiere para hacer nacer la responsabilidad y la consiguiente obligación de indemnizar aquél.

En tales casos, el perjudicado se ve en la precisión de soportar el daño como consecuencia inevitable de la aplicación de las reglas contenidas en nuestro sistema de responsabilidad, pero no porque tenga –que no lo tiene– un específico deber jurídico de soportarlo: ello no es, en conclusión, resultado de la concurrencia del criterio negativo de imputación previsto en el artículo 141.1 LPAC, sino mero efecto reflejo de la no concurrencia de un ineludible criterio positivo de imputación.

Ninguno de los informes obrantes en el expediente, ni siquiera el de la C.U.N, a la que se trasladó a la paciente por voluntad de sus familiares, permiten afirmar la existencia de tipo alguno de error o retraso diagnóstico ni de tratamiento, ni desatención por parte de los Servicios públicos sanitarios. Antes al contrario, todos ellos revelan una atención rápida y correcta, realizándose multitud de pruebas, analíticas y de imagen, sin que, hasta el ingreso del mes de octubre de 2013, aparecieran síntomas que hicieran sospechar la presencia de una amiloidosis.

Hay coincidencia en que se trata de una enfermedad poco frecuente, de 4 a 6 casos por millón de habitantes; pese a lo cual, tan pronto aparecen edemas, distensión abdominal y síntomas generales de astenia, anorexia y pérdida de peso, al existir datos de miocardiopatía infiltrativa, insuficiencia renal y alteración hepática, el diagnóstico de amiloidosis AL es rápido y certero.

Una vez establecido el diagnóstico, el tratamiento y seguimiento de la rápida evolución del cuadro clínico se efectuó, de forma colegiada, por parte de los Servicios de Nefrología, Hematología, Cardiología y Medicina Interna, informando a la familia del pronóstico infausto de la enfermedad con posible fallecimiento a corto plazo.

Desgraciadamente, con este diagnóstico, el pronóstico es infausto y nada pudieron hacer los Servicios sanitarios públicos ni privados. Según literatura médica aportada al expediente, la supervivencia, una vez establecido un cuadro de insuficiencia cardíaca, es de 4-6 meses.

En definitiva, no es posible estimar la pretensión contenida en el escrito de reclamación, con base en un supuesto funcionamiento deficiente del Servicio Riojano de Salud, pues ha quedado patente que la asistencia sanitaria prestada a la paciente en dicho Servicio fue, en todo momento, correcta y acorde a la *lex artis*. Pese a ello, no se pudo

evitar su fallecimiento que ha de ser atribuido a la propia naturaleza y malignidad de la patología que padecía.

CONCLUSION

Única

Procede desestimar la reclamación planteada, por no concurrir criterio positivo alguno de imputación de responsabilidad a los Servicios públicos sanitarios, al ajustarse su actuación, rigurosa y estrictamente, a la *lex artis ad hoc*.

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