

En Logroño, a 18 de marzo de 2011, 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. Pedro de Pablo Contreras, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

24/11

Correspondiente a la consulta trasladada por el Excmo. Sr. Consejero de Salud en relación con el procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial promovido por D. P. J. R. P. y D^a A.I. H., en nombre propio y en representación de su hija menor A., por el fallecimiento de su hija y hermana, respectivamente, D^a A. R. H., por considerar este daño derivado de la atención sanitaria prestada a la fallecida en el Servicio Riojano de Salud.

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

Según consta en el expediente, D^a A. R. H., de 22 años de edad, acudió el 16 de octubre de 2009 a la consulta de su Médico de Atención Primaria del Centro de Salud *Joaquín Elizalde*. Según figura en las anotaciones médicas de su historia clínica, presentaba malestar general con dolores generalizados, fiebre de 38.5° C, no odinofagia, tos con flema con algún hilo de sangre, un episodio de vómito y no diarrea.

Consta que, en la exploración realizada, presentaba faringe eritematosa, auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado y dolor a la palpación en las últimas costillas derechas anteriores. Se orientó el episodio como infección del aparato respiratorio alta (IRA) y se pautó tratamiento con antitérmicos y antitusígenos, además de entregarle una nota de dieta para diarreas.

Según se desprende del Informe realizado por la Dra. P. P. P., Médico que atendió a la paciente en dicha ocasión, el cuadro clínico tuvo su comienzo menos de 24 horas antes y la impresión diagnóstica fue de infección de vías respiratorias altas, cuadro viral inespecífico.

Segundo

El 19 de octubre de 2009, la paciente acudió al Servicio de Urgencias del Hospital *San Pedro* por presentar un cuadro de mialgias, cefalea y tos con escasa expectoración, acompañada de fiebre, de 4 días de evolución. Además, refería dolor en hemotórax derecho, de características pleuríticas y disnea progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos, habiendo comenzando esa misma mañana con dolor en EEII y aparición de signos de hipoperfusión. En la exploración realizada, se constató palidez cutaneomucosa, taquipnea en reposo a 20 rpm, taquipnea a 172 lpm, signos de hipoperfusión tisular y crepitantes en hemotórax derecho.

Se le realizó analítica, con parámetros de alteración de la función renal, hepática y sepsis; ECG, en el que presentaba fibrilación auricular; Rx de tórax, con velamiento de hemitórax derecho y condensación del LSI; y estudio analítico, con parámetros de sepsis. Se realizaron hemocultivos, cultivo de orina y toma de frotis faríngeo para descartar gripe A, con resultado posteriormente negativo. Se le administró Ceftriaxona 2 gr. iv, sueroterapia, analgesia y oxigenoterapia a altos flujos.

Tercero

Ante el diagnóstico de shock séptico de origen respiratorio y neumonía en hemotórax derecho y LSI en contexto de síndrome gripal, fue ingresada ese mismo día en la Unidad de Cuidados Intensivos, donde se le colocó SNG, se le intubó y se conectó a VM, necesitando de gran aporte de oxígeno. A su ingreso, consta que avisaron del laboratorio por la detección de Ag. de neumococo en orina. Pendiente de confirmar PCR del virus H1N1, se aisló a la paciente. Como parte del tratamiento, se le administró Ceftriaxona y Levofloxacino de manera intravenosa y Oseltamivir por SNG.

Se le realizaron las siguientes pruebas complementarias; estudio microbiológico de muestras broncoaspirado y aspirado traqueal, aislándose "Streptococo pneumoniae" sensible a Levofloxacino y descartando infección por virus; control radiológico de tórax, con imágenes de pulmón derecho y mitad inferior del izquierdo hepatizados; y ecografía torácica, que descartó derrame pleural importante como causa de la inestabilidad hemodinámica que presentaba.

En todo momento figura el seguimiento realizado de las constantes vitales de la paciente, así como de la diuresis, gasto cardíaco y saturación de oxígeno, además del control del ph mediante analítica sanguínea.

Durante su estancia en UMI, se administró a la paciente fluidoterapia, presentando una situación clínica compatible con shock séptico hiperdinámico, precisando dosis crecientes de adrenalina, con oliguria, acidosis metabólica, para la que se administró bicarbonato sódico, e hipoxia refractaria, sin respuesta a las maniobras de reclutamiento.

Cuarto

A las 11:25h del 20 de octubre de 2009, presentó PCR, de la que se recuperó tras 15 minutos de RCP, si bien, posteriormente, a las 12:00 horas, falleció tras nueva PCR, de la que no se recuperó pese a las maniobras de resucitación.

En el informe de alta realizado por la Unidad de Cuidados Intensivos con fecha 08/11/2009, se emitía el juicio clínico de shock séptico por neumonía bilateral neumocócica, disfunción multiorgánica (afectación respiratoria, hemodinámica y renal) y éxitus.

Se solicitó la necropsia de la paciente, indicándose, en el correspondiente informe de autopsia realizado con fecha 30/11/2009, como causa de muerte: neumonía bilateral neumocócica, asociada a disfunción multiorgánica por shock séptico.

Quinto

El 19 de abril de 2010, tiene entrada en la Consejería de Salud el escrito de reclamación presentado por los padres de la fallecida, en su propio nombre y en el de su hermana menor, imputando responsabilidad patrimonial a la Administración sanitaria y solicitando se declarara la procedencia de indemnizar los daños morales sufridos en la cantidad de 600.000 euros.

Sexto

Seguido el expediente en todos sus trámites, con fecha 11 de febrero de 2011, se formula por la Instructora Propuesta de resolución en el sentido de desestimar la reclamación.

La Dirección General de los Servicios Jurídicos se muestra conforme con la Propuesta de resolución en su informe, emitido el 22 de febrero de 2011.

Antecedentes de la Consulta

Primero

Por escrito de 24 de febrero de 2011, registrado de entrada en este Consejo el día 2 de marzo de 2011, 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 marzo de 2011, 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 artículo 12.1 del Reglamento de los procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, aprobado por el 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.

Es preceptiva la emisión del presente dictamen conforme a lo dispuesto en el artículo 11 G) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción del mismo por la Disposición Adicional 2.^a de la Ley 4/2005, de 1 de junio, de Funcionamiento y Régimen Jurídico de la Administración de la Comunidad Autónoma de La Rioja, limitó la preceptividad de nuestro dictamen a las reclamaciones de cuantía indeterminada o superiores a 600 euros, cuantía ésta última que ha sido elevada a 6.000

euros por la Ley 5/2008. Al ser cuantía de la presente reclamación superior a dicha cifra, 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

Inexistencia de responsabilidad de la Administración

En el presente caso, el inevitable y necesario análisis de la relación de causalidad en sentido estricto —esto es, la determinación, libre de conceptos jurídicos, de cuáles son las causas que objetivamente, conforme a la lógica y la experiencia, explican que un concreto resultado dañoso haya tenido lugar— conduce de forma palmaria a negar cualquier enlace entre los daños cuya indemnización se pretende y la atención sanitaria prestada a la interesada por el Servicio Riojano de Salud.

Como hemos explicado reiteradamente, para detectar tales causas el criterio por el que hay que guiarse no puede ser otro que el de la *condicio sine qua non*, conforme al cual un determinado hecho o conducta ha de ser considerado causa de un resultado dañoso cuando, suprimido mentalmente tal hecho o conducta, se alcance la conclusión de que dicho resultado, en su configuración concreta, no habría tenido lugar. En este sentido, y como hemos manifestado muchas veces, en el ámbito sanitario la relación de causalidad en sentido estricto presenta inevitablemente una característica peculiar, que es la de que siempre concurrirá como causa del resultado dañoso el estado del paciente, por lo que la eventual responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria obliga siempre a determinar, por lo pronto, si la concreta actuación médica merece o no la condición de causa (*concausa*, habrá que decir) del daño padecido, esto es —conforme a la doctrina de la *condicio sine qua non*—, si la misma constituye o no una condición empírica antecedente sin cuya concurrencia el resultado dañoso, en su configuración totalmente concreta, no habría tenido lugar. Sólo si se llegara inequívocamente a la conclusión de la participación causal, por acción o por omisión (así, con carácter general, cfr. art. 1.902 Cc.), de la atención sanitaria recibida en el resultado dañoso, habría de avanzarse, para determinar la responsabilidad patrimonial de la Administración, en los criterios de imputación de la misma que resultan específicamente predicables en este ámbito.

Pues bien, desde la primera perspectiva, que es la de la relación de causalidad en sentido estricto, y tal y como se reconoce expresamente por la representante de los

eventuales perjudicados en su escrito de alegaciones de 14 de febrero de 2011, la única posible participación de la atención sanitaria prestada es la que se imputa por los reclamantes a la atención prestada a la paciente el 16 de octubre de 2010 en su Centro de Salud, argumentando, desde la segunda e inevitable perspectiva —la existencia de un criterio positivo de imputación— que hubo un error de diagnóstico que se tradujo en un agravamiento de su dolencia, que requirió su ingreso hospitalario en la UCI tan sólo tres días más tarde (19 de octubre) y ocasionó su fallecimiento un día después (día 20 de octubre).

Sin embargo, sólo puede asumirse la inserción de la atención primaria recibida en la relación de causalidad en sentido estricto si resultara del expediente con la necesaria nitidez que, en efecto, el 20 de octubre de 2010, al acudir a su consulta en el Centro de Salud *Joaquín Elizalde*, la enfermedad de la paciente era susceptible de un inmediato y adecuado tratamiento que hubiera impedido su fallecimiento, pues, sólo de ser así, no resultaría éste exclusivamente explicado causalmente por su propia dolencia.

Pues bien, atendiendo a los informes y datos que obran en el expediente —que son los únicos de los que puede valerse este Consejo Consultivo—, ha de concluirse que no existe en absoluto certeza alguna, ni siquiera un indicio suficientemente razonable, de que, en este caso, y dada la grave y oculta dolencia padecida, se hubiera evitado el posterior fallecimiento de la paciente actuando en ese primer momento de otro modo, lo que obliga a negar la existencia de relación de causalidad alguna entre esa actuación médica y la muerte de la joven, que es el daño por el que se reclama.

Pero es que, además, atendiendo a los datos probatorios e informes periciales disponibles, aunque se admitiera la incidencia e inserción de la atención inicial prestada en el Centro de Salud en el fallecimiento de la paciente, resulta también palmaria la inexistencia de criterio de imputación alguno que pueda hacer nacer la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

En efecto, como este Consejo Consultivo ha venido explicando con reiteración, el carácter prestacional e individual de la atención sanitaria como fuente de responsabilidad de la Administración lo hace diferir del fundamento y el carácter objetivo de la misma en los términos en que, en general, los contempla la Constitución y la propia LPAC: aquí se responde por incumplimiento de una obligación legal —la que el ordenamiento impone a la Administración sanitaria de atender a sus pacientes—, no por el daño objetivamente derivado de una actuación administrativa, no únicamente *anormal*, sino también *normal* y conforme a Derecho, en aplicación de unas normas que hacen nacer una responsabilidad objetiva como complemento de la expropiación de bienes o derechos.

Esta diferencia de fundamento es lo que explica la reconocida insistencia y reiteración con que la doctrina y la jurisprudencia atienden, para afirmar o no la

responsabilidad en estos casos, a la adecuación o no de la actuación médica a la *lex artis ad hoc*; adecuación que, en la hipótesis que contemplamos en este dictamen, resulta innegable a la vista de los síntomas que presentaba la paciente el 20 de octubre, que objetivamente —y tal y como destacan todos los informes periciales— no permitían sospechar el fatal desenlace que tuvo lugar por una dolencia oculta y, en ese momento y con los datos disponibles, médicamente no previsible.

Por lo demás, en su propio escrito de alegaciones de 20 de enero 2011, la representante de los reclamantes reconoce, en conformidad con todos los dictámenes periciales obrantes en el expediente, que lo actuado en la UCI ni incide en la relación de causalidad en sentido estricto ni puede, en modo alguno, valorarse como contrario a la *lex artis ad hoc*.

No hay, por consiguiente y en conclusión, ni siquiera relación de causalidad en su sentido más estricto entre los daños por los que se reclama y la atención recibida por la fallecida en el Servicio Riojano de Salud y, además, tal y como resulta de todos los informes técnicos obrantes en el expediente, la prestada no puede calificarse sino como conforme con la *lex artis*; todo lo cual determina, a juicio de este Consejo Consultivo, que debe desestimarse la reclamación.

CONCLUSIONES

Única

La pretensión de indemnización ejercitada por los reclamantes debe ser desestimada, puesto que los daños por los se que reclama no son imputables 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