

Dictamen n.º: **428/19**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **23.10.19**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 23 de octubre de 2019, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por D. ...., por la asistencia sanitaria prestada por el Hospital Universitario La Paz en el diagnóstico y tratamiento de un ictus.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Por escrito presentado el día 20 de noviembre de 2017 en el registro del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), el interesado antes citado formula reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos por retraso en el tratamiento de un ictus por el Hospital Universitario La Paz (folios 1 a 4 del expediente administrativo).

Según expone en su escrito, el reclamante el día 19 de diciembre de 2016, sobre las 11:30 de la mañana comenzó con dolor intenso en la parte superior del ojo y sensación de acorchamiento y hormigueo en brazo y pierna izquierda por lo que decidió acudir a su centro de salud en Bustarviejo, donde tras la exploración por su médico de Atención

Primaria se decidió su traslado urgente al Hospital Universitario La Paz al considerar que los síntomas que presentaba eran compatibles con un ictus.

Refiere que el traslado duró aproximadamente dos horas porque tuvo que ser trasladado en ambulancia al helipuerto de Bustarviejo, donde le recogió un helicóptero del SUMMA 112 para llevarle al Hospital Universitario La Paz.

Alega que a llegada al Servicio de Urgencias de este centro sanitario fue trasladado a una sala con más enfermos (*“sala de los sillones”*) durante permaneció más de dos horas sin haber sido reconocido por ningún médico del Servicio de Neurología y sin recibir más asistencia sanitaria que la administración de un suero que vomitó y ver cómo iba empeorando progresivamente.

Expone que tras ser explorado en el Servicio de Neurología y tras la realización de un TAC y otras pruebas concluyeron con su traslado a la Sala de Cuidados Intensivos del Servicios de Neurología donde una enfermera le informó que *“no era posible prescribirme dicho tratamiento pues había transcurrido el tiempo máximo para actuar ante un ictus”*

El interesado dice que permaneció dos días en la UCI y, tras ser trasladado a planta, fue dado de alta hospitalaria el día 30 de diciembre de 2016 y ha precisado un largo y duro tratamiento rehabilitador, tanto física como de la voz y fue dado de alta laboral, en su condición de trabajador autónomo, el día 19 de octubre de 2017 e indica que presenta como secuelas la falta de fluidez en muchos movimientos, sensación de acorchamiento de la parte derecha del cuerpo, carencia de sensaciones de frío o calor y que su actividad diaria física y mental se ha visto mermada.

Considera que la asistencia sanitaria prestada por el Hospital Universitario La Paz no fue la adecuada al haber permanecido durante más de dos horas en la Sala de Urgencias del citado centro hospitalario

sin haber sido atendido por el Servicio de Neurología y atribuye las secuelas que padece al retraso en el tratamiento del ictus.

El interesado no cuantifica el importe de su reclamación y presenta con su escrito copia de la historia clínica de su médico de Atención Primaria de Bustarviejo con solicitud de interconsulta (folios 5 a 7).

**SEGUNDO.-** Del estudio del expediente resultan los siguientes hechos, de interés para la emisión del presente Dictamen:

El reclamante, de 41 años, el día 19 de diciembre de 2016 acudió a su centro de salud tras sufrir desde hacía 10 minutos sensación de pérdida de sensibilidad en hemicara izquierda y ojo izquierdo, así como hormigueo en brazo y pérdida izquierda. Tras la exploración (*“pupilas isocóricas y reactivas pares craneales normales romberg hacia la izquierda aumento de base de los pies en la exploración”*) se pasó a la consulta de enfermería y, según consta en el informe, se activó el código ictus en el 061.

El médico de Atención Primaria solicitó interconsulta y remitió al paciente al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario La Paz.

A las 12:29 horas se recibió aviso en el Servicio Coordinador de Urgencias del SUMMA 112 desde el Centro de Salud Bustarviejo para asistencia a un paciente por *“código ictus”*, movilizándose varios recursos urgentes: una UVI móvil que acudió al Centro de Salud Bustarviejo, que recogió al paciente y lo trasladó al lugar donde le recogió un helicóptero del SUMMA 112 y, una vez aterrizado, trasladado nuevamente al Hospital Universitario La Paz por personal del SUMMA 112 en ambulancia.

En la hoja de atención del SUMMA112 constan los siguientes datos: El paciente refería cuadro de parestesia en hemicara, brazo y pierna

izquierda de unos 30 minutos de evolución. Refería disfagia y leve sensación de inestabilidad al mover los ojos. No paresia. No cefalea. No vómitos. Refería haber tenido un proceso probablemente vírico estomacal hace cuatro días. Autolimitado. El paciente presentaba como antecedente un cuadro vertiginoso hacía dos años y en la valoración neurológica se recogió:

*“Pupila derecha reactiva, media; pupila izquierda reactiva, media. Glasgow Coma Score: 15 (Ocular: 4, Motora:6, Verbal:5). Dudosa pulsión de la lengua hacia la izquierda. No alteración velo del paladar. Romberg + a la izda.*

*Neurológico: Pares craneales Normales. No hay focalidad neurológica; reflejos oculomotores normales, maniobra dedo-nariz normal; reflejos musculotendinosos normales, Romberg positivo. Signos meníngeos no patológicos; rigidez de nuca ausente; Signo Brudzinski negativo; signo Kernig negativo; orientado.*

*Fuerza y Sensibilidad:*

*Miembro superior derecho: fuerza normal, sensibilidad normal.*

*Miembro superior izquierdo: fuerza normal, sensibilidad alterada.*

*Miembro inferior derecho: fuerza normal, sensibilidad normal.*

*Miembro inferior izquierdo: fuerza normal, sensibilidad alterada”.*

A las 13:10 presentaba una tensión arterial de 140/94.

En el juicio y codificación diagnóstica se indicó parestesias, vértigo periférico y vértigo central.

En las observaciones se recoge que durante el traslado el paciente refirió hiperestesia en miembro superior derecho y dificultad para fijar la mirada.

A su llegada al Hospital Universitario La Paz, a las 14:18 horas se realizó informe de triaje indicando como motivo de consulta *“derivado por SUMMA por sospecha de vértigo periférico”*.

Valorado por el Servicio de Urgencias, consta en la historia clínica como motivo de consulta mareo. Según refleja el informe:

*“Traído en UVI móvil desde Colmenar por cuadro de mareo cuando levantaba peso y parestesias en hemicara izquierda, labio superior y ambas manos. A su llegada a Urgencias refiere giro de objetos sin nauseas, pero con discomfort abdominal. No cefalea. Ha presentado una gastroenteritis aguda febril de 1 día de evolución hace 3 días con herpes labial”*.

A la exploración, el paciente se encontraba consciente, orientado, afebril. Glasgow 15. Pares craneales normales, sin alteración de lenguaje ni de la marcha. Parestesias persistentes en ambas manos y hemicara izquierda.

Se alcanzó el juicio diagnóstico de *“vértigo periférico”*. El paciente estaba pendiente de los resultados de los análisis, electrocardiograma y TAC cerebral.

A las 16 horas fue valorado por la Unidad de Ictus cuando refirió, además del cuadro de gastroenteritis infecciosa el día 15 de diciembre de 2016 ya resuelto, dolor cervical en región lateral izquierda desde hacía 24-48 horas, sin otros episodios de focalidad neurológica.

A la exploración, con tensión arterial 150/79, FC 81 y Sat O<sub>2</sub>: 100, el paciente se encontraba con regular estado general, nauseoso y con

sensación vertiginosa, todo lo demás normal. A la exploración neurológica, el paciente se encontraba orientado en las tres esferas, lenguaje sin alteraciones, sin disartria, ni disfonía. La pupila derecha media reactiva y la izquierda miótica reactiva. No diploplia. Nistagmus horizonte-rotatorio con fase rápida a la izquierda en posición primaria y en todas las direcciones de la mirada. El balance muscular 5/5 en las 4 extremidades sin claudicación en maniobras antigraavitatorias. En sensibilidad presentaba parestesias en V1 y V2 izquierdas, sin déficit sensitivo. En coordinación, se observó leve dismetría en maniobra talón rodillas. Signos meníngeos negativos.

El TAC craneal urgente se informó sin hallazgos significativos, el angioTC craneal urgente, fue también sin alteraciones significativas, dúplex de TSA, sin alteraciones significativas.

El paciente ingresó en la Unidad de Ictus a las 19:43 horas, según refleja el informe de Enfermería. Durante su estancia en esta unidad, el paciente permaneció hemodinámicamente estable, afebril, sin progresión de la sintomatología neurológica (presentaba ligera asimetría facial, ligera hipoestesia/parestesia en hemicara izquierda y dudosa dismetría en maniobra talón-rodilla izquierda). Al realizar retención urinaria, fue preciso realizar sondaje vesical.

Según reflejan los informes del Hospital Universitario La Paz, *“no se realizó preaviso de código ictus”*.

El paciente se trasladó a la Sala de Neurología para continuar con el estudio etiológico, con el diagnóstico principal de probable infarto cerebral en territorio vertebrobasilar, con fecha 21 de diciembre de 2016.

Constan los mismos datos anteriormente reseñados y el resultado de una serie de pruebas como DOPLER TC, normal, resonancia magnética cerebral de 22 de diciembre de 2016 donde se observó lesión hipertensa en región postero lateral izquierda compatible con lesión

isquémica aguda. No alteraciones del parénquima ni lesiones extraparenquimatosas. El estudio transesofágico también se informó dentro de los límites normales.

Consta que durante el ingreso en Neurología, el paciente experimentó una franca mejoría de la sensación de mareo e inestabilidad, siendo capaz de deambular sin ayuda. Escala NIHS al alta 0.

Diagnóstico: Infarto Cerebral Latero-bulbar izquierdo de etiología indeterminada. Pendiente de completar estudio. Fue dado de alta el día 30-de diciembre de 2016.

Se realizó revisión el día 3 de enero de 2017, refiriendo el paciente cierto dolor supraciliar izquierdo autolimitado. Consciente, orientado. nervio motor ocular externo (MOE) normal. No alteraciones del lenguaje. No alteraciones sensitivas ni motoras. No disimetría. Marcha normal. Estudio de hematología normal.

En el informe correspondiente a 7 de julio de 2017, consta que el paciente había mejorado mucho, aunque seguía con disestesias en hemicuerpo derecho. Molestia en ojo izquierdo con ptosis por cansancio. Se refleja que estaba haciendo una vida prácticamente normal, aunque no había vuelto a trabajar. Exploraciones analíticas y otras pruebas normales, sin datos significativos.

Visto en consultas externas de Cerebrovascular el día 20 de octubre de 2017, el reclamante, según refleja la historia clínica era alpinista, había ido recuperando actividades cotidianas, incluso había vuelto a escalar.

**TERCERO.-** Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del expediente, conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre,

del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC).

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81 LPAC, se ha incorporado al expediente un informe del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario La Paz (folios 9 y 190) que analiza la asistencia prestada al paciente el día 19 de diciembre de 2016 señala:

*“El Código ICTUS es un procedimiento de activación realizado por los Servicios de primera asistencia (SUMMA, SAMUR y Atención Primaria).*

*Durante el año 2016 el Código ICTUS se activó 687 veces, el número de Ictus globales fue aproximadamente superior a 1150. Dentro de la patología neurológica vascular aguda hay dos áreas de máxima dificultad diagnóstica: área vertebrobasilar con sintomatología vertiginosa y sintomatología gastrointestinal y el área frontal con sintomatología psiquiátrica.*

*Estas dos áreas suponen un reto constante para los servicios asistenciales.*

*“En el caso descrito, según consta en la documentación aportada la evolución en la Urgencia, los 105 minutos transcurridos desde la posibilidad sindrómica de entrada (sospecha de vértigo periférico a la sospecha posterior de vértigo de origen central con TAC normal transcurren 105 minutos” y concluye que «este tiempo es más que razonable y se ajusta a la máxima “lex artis” del actual conocimiento de la ciencia médica».*

Consta igualmente un informe del SUMMA 112 (folio 155), de 26 de febrero de 2018 del subdirector de enfermería responsable de Atención al Usuario que declara:



*“Revisado el sistema de registro del Servicio Coordinador de Urgencias del SUMMA 112, consta la recepción de una llamada el día 19 de diciembre de 2016 a las 12:29 horas desde el Centro de Salud de Bustarviejo, solicitando asistencia para paciente por “código ictus”, el médico que coordinó la llamada movilizó varios recursos urgentes de inmediato: una UVI móvil que acudió al Centro de Salud Bustarviejo, atendiendo al paciente y trasladándolo al lugar que le recogió el helicóptero del SUMMA 112, siendo trasladado por el mismo a la zona de aterrizaje próximo al Hospital de la Paz, y que sería finalmente ingresado en la Urgencia del hospital a las 14:18 horas, acompañado en todo momento por personal facultativo del SUMMA 112.*

*Asimismo, les informamos que el traslado al hospital se realizó en tiempo y forma no encontrándose ninguna incidencia al respecto considerando los tiempos de respuesta como óptimos”.*

Ha emitido informe la Inspección Sanitaria el 12 de diciembre de 2018 (folios 162 a 169) que tras el examen de la historia clínica del paciente concluye que *“a la vista de la documentación del expediente y de lo aquí razonado, consideramos que el paciente fue atendido con los medios oportunos y pertinentes en las circunstancias y momentos sucedidos, considerando que la asistencia prestada no es digna de reproche”.*

Tras la incorporación al procedimiento de los anteriores informes y de la historia clínica, se ha evacuado el oportuno trámite de audiencia, notificado el día 4 de enero de 2019. No consta que el interesado haya formulado alegaciones.

Se ha formulado propuesta de resolución por el viceconsejero de Sanidad (folios 174 a 177) con fecha 19 de agosto de 2019

desestimatoria de la reclamación al considerar que la asistencia sanitaria prestada al reclamante fue ajustada a la “*lex artis*”.

**CUARTO.-** Por escrito del consejero de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 27 de agosto de 2019 se formuló preceptiva consulta a este órgano.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 420/19, a la letrada vocal Dña. Rocío Guerrero Ankersmit que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 23 de octubre de 2019.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo está acompañado de documentación en soporte CD, adecuadamente numerada y foliada, que se considera suficiente.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

### **CONSIDERACIONES DE DERECHO**

**PRIMERA.-** La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía indeterminada por solicitud del consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

**SEGUNDA.-** La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada según consta en los antecedentes, se regula en la LPAC de conformidad con su artículo 1.1 y su disposición transitoria tercera, apartado a), dado que este procedimiento se incoó a raíz de una reclamación presentada tras la entrada en vigor de dicha norma, con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP), cuyo capítulo IV del Libro preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

El reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al haber recibido la atención sanitaria objeto de reproche.

Se cumple la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, por cuanto el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado por un centro sanitario público de su red asistencial.

En lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 LPAC el derecho a reclamar responsabilidad patrimonial a la Administración prescribe al año de manifestarse el efecto lesivo y de que se haya determinado el alcance de las secuelas.

En el caso que nos ocupa, resulta de la documentación examinada que el reclamante fue diagnosticado de probable infarto cerebral en territorio vertebrobasilar el día 19 de diciembre de 2016 y dado de alta el día 30 de diciembre, por lo que la reclamación presentada el día 22 de noviembre de 2017 está formulada en plazo.

El procedimiento seguido no adolece de ningún defecto de anulabilidad o nulidad, por cuanto se han llevado a cabo todas las actuaciones necesarias para alcanzar adecuadamente la finalidad procedimental y, así, se ha solicitado el informe preceptivo previsto en el artículo 81 LPAC, esto es, al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario La Paz. También consta haberse solicitado informe a la Inspección Sanitaria y se ha unido al procedimiento la historia clínica.

Después de la incorporación al procedimiento de los anteriores informes se ha dado audiencia al reclamante, que no ha efectuado alegaciones y se ha dictado propuesta de resolución que desestima la reclamación al considerar que la asistencia prestada al paciente fue ajustada a la *lex artis ad hoc*.

**TERCERA.-** La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el art. 106.2 de la Constitución, que garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley, previsión desarrollada por la LRJSP en su título preliminar, capítulo IV, artículos 32 y siguientes. Regulación que, en términos generales, coincide con la que se contenía en los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, por todas, las Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 21 de marzo de 2018 (recurso de casación 5006/2016), de 11 de julio de 2016 (recurso de casación 1111/2015) y 25 de mayo de 2016 (recurso de casación 2396/2014), requiere conforme a lo establecido en el art. 139 LRJPAC:

a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. Así, la Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de junio de 2007 (Recurso 10231/2003), con cita de otras muchas declara que *“es doctrina jurisprudencial consolidada la que sostiene la exoneración de responsabilidad para la Administración, a pesar del carácter objetivo de la misma, cuando es la conducta del propio perjudicado, o la de un tercero, la única determinante del daño producido aunque hubiese sido incorrecto el funcionamiento del servicio público (Sentencias, entre otras, de 21 de marzo, 23 de mayo , 10 de octubre y 25 de noviembre de 1995, 25 de noviembre y 2 de diciembre de 1996 , 16 de noviembre de 1998 , 20 de febrero , 13 de marzo y 29 de marzo de 1999)”*.

c) Que exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, sin que ésta sea producida por fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005 y las sentencias allí recogidas) *“no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”*.

**CUARTA.-** En la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público. El criterio de la actuación conforme a la denominada *“lex artis”* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios, pues la responsabilidad no nace sólo por la

lesión o el daño, en el sentido de daño antijurídico, sino que sólo surge si, además, hay infracción de ese criterio o parámetro básico. Obviamente, la obligación del profesional sanitario es prestar la debida asistencia, sin que resulte razonable garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

Según la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (Sección 5ª) de 15 de marzo de 2018 (recurso de casación 1016/2016), la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, como reiteradamente ha señalado dicho Tribunal (por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012 (recurso de casación núm. 4229/2011) y 4 de julio de 2013, (recurso de casación núm. 2187/2010 ) 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 ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente»*, por lo que *“si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido”* ya que *“la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados”*.

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la *lex artis* y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y

que no aportó a las actuaciones. En estos casos, como señalan las Sentencias de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación 4397/2010) y de 27 de abril de 2015, (recurso de casación núm. 2114/2013), en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales “*puede tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido*”, cabe entender conculcada la *lex artis*, pues al no proporcionarle a los recurrentes esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal.

**QUINTA.-** Aplicada la anterior doctrina al presente caso, resulta acreditado en el expediente que al reclamante le fue diagnosticado un infarto cerebral laterobulbar izquierdo de etiología indeterminada. Alega que, como consecuencia de dicho infarto, presenta secuelas tales como falta de fluidez en muchos movimientos, sensación de acorchamiento de la parte derecha del cuerpo, carencia de sensaciones de frío o calor y que su actividad diaria física y mental se ha visto mermada.

Del estudio del expediente, sin embargo, no resulta acreditada la realidad del daño. Así, el informe de consultas externas de Cerebrovascular del Servicio de Neurología en la última revisión que consta en el expediente recogía que el paciente no presentaba incidencias y tenía buen estado general, que había mejorado e iba recuperando sus actividades cotidianas, “*incluso ha vuelto a escalar*”.

En cualquier caso, aunque pudiera considerarse acreditado que el reclamante padece los daños alegados, no parecen ser consecuencia de una defectuosa asistencia sanitaria por el Hospital Universitario La Paz.

Para centrar la cuestión relativa a la supuesta infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales que atendieron al paciente, debemos partir de lo que constituye regla general y es que la prueba de los

presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación.

En el presente caso el reclamante no aporta ningún informe que acredite la realidad de su afirmación. Frente a esta ausencia probatoria por parte del reclamante, hay que estar a la historia clínica y los informes incorporados al procedimiento.

En este sentido, el informe de la Inspección Sanitaria señala *que “dada la buena estabilidad hemodinámica y la no progresión de la clínica neurológica, fue dado de alta en dicha Unidad con el diagnóstico de probable Infarto cerebral en territorio vertebrobasilar, e ingresado en el Servicio de Neurología donde siguió siendo estudiado con diferentes pruebas, todas ellas sin datos de alteraciones significativas y ante la no progresión de la clínica neurológica, la escala de valoración NIHSS de 0, fue dado de alta sin que se haya podido determinar la etiología del proceso”*.

A estas conclusiones del médico inspector debemos atenernos dado que, como es doctrina reiterada de esta Comisión Jurídica Asesora, sus informes obedecen a criterios de imparcialidad, objetividad y profesionalidad, como ha puesto de manifiesto el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en multitud de sentencias, entre ellas la dictada el 11 de octubre de 2018 (recurso 251/2017):

*“...sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen también un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del Médico Inspector, y de la coherencia y motivación de su informe”*.



Ahora bien, sí resulta acreditado en el expediente que el reclamante, que fue trasladado al Hospital Universitario La Paz en ambulancia y helicóptero, tras la activación de un código ictus y que llegó a las 14:18 horas al citado centro sanitario, no fue valorado por el Servicio de Neurología hasta las 16 horas, cuando se le dio aviso e ingresó en la Unidad de Ictus a las 19:43 horas, según refleja el informe de Enfermería, permaneciendo durante ese tiempo en el Área de Sillones, haciéndose constar en el informe de triaje que había sido *“derivado por SUMMA por sospecha de vértigo periférico”* y que transcurrieron 105 minutos *“desde la posibilidad sindrómica de entrada (sospecha de vértigo periférico) a la sospecha posterior de vértigo de origen central con TAC normal”*.

Aunque no resulte acreditado, como ha quedado expuesto, que como consecuencia de dicha demora de 105 minutos se haya producido un agravamiento del pronóstico del paciente que se haya traducido en secuelas, sí queda probado el daño moral sufrido por el reclamante por el temor y zozobra padecidos tras verse trasladado en helicóptero por sospecha de ictus y no ser atendido después, hasta transcurridos 105 minutos desde su ingreso, permaneciendo durante ese tiempo en el Área de Sillones, sin que la Administración sanitaria haya dado una explicación razonable de esta descoordinación.

Este daño moral, consecuencia de la descoordinación observada entre el médico de Atención Primaria y el SUMMA 112 que activaron el código ictus y el informe de triaje del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario La Paz, que no dio avisó del código de ictus, puede valorarse en la cantidad alzada de 1.000 €, cantidad que debe considerarse actualizada a la fecha que se ponga fin al procedimiento.

En mérito a cuanto antecede, esta Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

## **CONCLUSIÓN**

Procede estimar parcialmente la reclamación presentada y reconocer al interesado una indemnización de 1.000 euros, cantidad que se considera ya actualizada a la fecha que se ponga fin al procedimiento.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 23 de octubre de 2019

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 428/19

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid