

Dictamen n^o: **465/13**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **16.10.13**

DICTAMEN de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad en su sesión de 16 de octubre de 2013, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 13.1 de la Ley 6/2007, de 21 de diciembre, en el asunto promovido por J.L.P.H. (en adelante “*el reclamante*”), sobre daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su esposa, Y.A.M.C. (en adelante, “*la paciente*”), como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada por parte del Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Con fecha 12 de marzo de 2012, el reclamante, bajo dirección letrada, presentó un escrito solicitando la declaración de la existencia de responsabilidad patrimonial de la Comunidad de Madrid, en relación con los daños y perjuicios ocasionados como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada a la paciente por parte del Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla (HGU).

En su escrito, el reclamante manifestaba que, sobre las 20:32 h del 1 de mayo de 2011, la paciente acudió al Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUMMA 112 SUAP 21) por presentar dolor en el pecho y palpitaciones.

Tras la realización de diversas pruebas diagnósticas, se le diagnosticó una taquicardia sinusal, siendo remitida al hospital más cercano de su domicilio para valoración cardiológica. Destaca en este punto el reclamante que la paciente presentaba hipotensión.

La paciente acudió por sus propios medios al HGU, donde llegó sobre las 21:49 h, emitiéndose un informe de triaje donde constaba que la paciente refería vértigo, mareo, cansancio y palpitaciones así como hipotensión.

A las 21:57 h fue atendida por un médico de Medicina General y no un cardiólogo como recomendaba el SUMMA 112. Asimismo, indicaba, no se tomaron medidas urgentes para el manejo de la paciente dada la urgencia del caso.

A las 3:59 h del 2 de mayo fue atendida por una facultativa de Cirugía General (Aparato Digestivo), que ordenó la realización de análisis de orina e, indicaba el reclamante, probablemente una ecografía. A las 6:30 h se le administró Voluven, y a las 6:50 h se registró un valor de tensión arterial de 64/42.

Según afirma no fue sino hasta las 14:50 h cuando acudió un cardiólogo al que avisaron para certificar el fallecimiento que había ocurrido a las 14:45 h. Éste, según indica el reclamante, informó a la empleadora de la paciente, que se encontraba en el hospital y que nadie le había avisado de la presencia de una paciente que precisara asistencia por Cardiología.

Considera el reclamante que el fallecimiento de la paciente fue consecuencia de la falta de asistencia por parte de un especialista en cardiología, y por la administración de fármacos contraindicados para personas con dolencias cardíacas.

Solicita por todo lo expuesto, una indemnización por importe de quinientos mil euros (500.000 €).

SEGUNDO.- En relación con el contenido de la reclamación, la consulta del expediente administrativo ha puesto de manifiesto los siguientes hechos:

La paciente, de 33 años de edad, acudió al Servicio de Urgencia Extrahospitalaria del SUMMA 112 el 1 de mayo de 2011, a las 20:32 h (folios 41 y 43), por presentar palpitaciones y mareos, de dos semanas de evolución.

Tras exploración, analítica sanguínea, ecocardiograma y toma de constantes, destacando una tensión arterial (TA) de 100/60, se emitió el juicio diagnóstico de taquicardia sinusal y se remitió a la paciente a un servicio de urgencia hospitalaria, para ser evaluada por un Servicio de Cardiología (folio 41).

La paciente acudió al Servicio de Urgencias del HGU a las 21:49 h del mismo día. Se realizó triaje a las 21:52 h, ingresando en Observación del propio servicio. La TA en aquel momento era de 110/80, aunque 15 minutos antes era de 63/46 con una frecuencia cardíaca de 121 lpm (folio 83). Se atribuye prioridad “*amarilla*” (folio 70).

Consta en el expediente (folios 71-74) un electrocardiograma en el que figura como fecha de realización el 1 de mayo de 2011 a las 19:45 h en el que se consigna “*Taquicardia sinusal. Hipertrofia auricular izquierda. Eje eléctrico vertical. T. anormal, posible lesión de miocardio*”.

A las 21:57 h se solicitó analítica de sangre y a las 3:59 h del día siguiente otro de orina. En estos análisis destacaba un discreto aumento de las transaminasas.

Se realizó electrocardiograma a las 3:55 h (folio 81), en el que consta como interpretación: “*Sospecha hipertrofia ventric derecha. Taquicardia sinusal. Desviación del (ilegible) derecha. Onda T negativa anterior. QT prolongado. Probable ECG anormal*”.

Se tomaron constantes a las 6:30 h, comprobándose una TA de 64/42 y 105 lpm. Se le administró Voluven, no constando en la historia clínica el volumen trasfundido ni su concentración (folio 84).

A las 8:20 h la TA era de 111/83 con 109 lpm (folio 83).

A las 10:10 h se le administró paracetamol y Omeprazol (folio 85).

A las 10:39 h se solicitó nueva analítica de sangre, donde se incluyeron determinaciones de BNP y Dímero D. A esa misma hora se solicitó TAC torácico por sospecha de tromboembolismo pulmonar (TEP).

A las 11:05 h la TA era de 120/70 con 111 lpm. El resultado del Dímero D fue de 4,2 mg/l y del pro-BNP de 13.680 pg/ml (folio 89).

A las 12:46 h se realiza el TAC de arterias pulmonares. El resultado de la prueba descarta TEP (folio 86).

A las 13:40 h fue visitada por el cardiólogo de guardia (folio 57). Se consigna en la historia que, desde hacía una semana, y de forma súbita, la paciente presentaba disnea de pequeños esfuerzos, acompañada de astenia y mareo con el esfuerzo, que progresaba hasta hacerse de reposo. A su llegada al hospital presentaba taquipnea (36 rpm) y una TA de 60/40 persistiendo disnea de reposo. Esta clínica permaneció constante desde su entrada en Urgencias (21:49 h) hasta que fue avisado el cardiólogo, a las 13:40 h del día siguiente.

A la exploración se advirtió mal estado general, con signos de gravedad y bajo gasto, con frialdad en extremidades, obnubilación, presión venosa central elevada, TA 85/45 bajo volumen IV, frecuencia cardíaca 120 lpm, ecocardiograma con taquicardia sinusal, hemibloqueo izquierdo, D-Dímeros de 4,5 y discreta elevación de enzimas hepáticas.

Aunque el TAC realizado descartaba una TEP, el cardiólogo avisa al radiólogo de guardia para confirmar esta apreciación. El radiólogo confirma que no hay datos de TEP.

A continuación se realizó un ecocardiograma, apreciando dilatación severa de la aurícula y ventrículo derechos, con disfunción severa del ventrículo derecho, hipertensión pulmonar (120 mm Hg), insuficiencia tricúspide severa y derrame pericárdico leve.

Se solicita ingreso en UCI, donde no llega a ingresar tras fallecer a las 14:45 h. El cardiólogo anota que, dado que el cuadro de la paciente, con antecedentes, debut agudo y pruebas complementarias sugiere TEP, habida cuenta de los resultados del TAC, solicita autopsia clínica, pidiendo autorización familiar (folios 55 y 58).

Se practicó necropsia donde se comprobó que existía hipertrofia cardíaca derecha con derrame pericárdico (340 cc), acompañada de una hepatoesplenomegalia con congestión hepatoesplénica, aumento del tamaño de los ganglios linfáticos en todas las cadenas e hilios orgánicos y que la causa del óbito fue una parada cardiorrespiratoria por miocardiopatía dilatada (folios 52 y 53).

TERCERO.- A causa de la referida reclamación se ha instruido un procedimiento de responsabilidad patrimonial de conformidad con lo dispuesto en el artículo 142 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante, LRJ-PAC), y en el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante, RPRP).

Se ha incorporado al expediente un informe emitido por el Servicio de Urgencias del HGU, no fechado, en el que se relata la asistencia prestada y

se indica que las pruebas se dirigían a confirmar la posible existencia de un TEP.

Consta, igualmente, informe emitido por el coronel director médico del HGU, de 21 de junio de 2012, en el que, contestando diversas cuestiones planteadas por la Inspección médica, señalaba:

“1) La paciente no fue vista por el cardiólogo, desde su ingreso a las 21:49 horas del día 01/05/2011 hasta las 13:40 horas del día siguiente, porque el proceso asistencial habitual del Servicio de Urgencias es que todo paciente, excepto para el triado como crítico, debe ser valorado por un adjunto de guardia del servicio de Urgencias quien determinará, a tenor de la historia clínica y de las exploraciones complementarias, la interconsulta con el especialista idóneo.

2) No se realizó eco-doppler o ecografía cardíaca hasta ser vista por el cardiólogo, porque tales exploraciones deben ser indicadas, realizadas e interpretadas por el cardiólogo. El adjunto de guardia de Urgencias solicitó y valoró las siguientes exploraciones complementarias: análisis de sangre y orina, gasometría arterial, ECG, radiografía de tórax PA y L y tomografía axial computarizada de arterias pulmonares, realizada e interpretada por el radiólogo de guardia.

3) Una posible explicación de la "normalización" precoz de la TA de la paciente tras ingresar en Urgencias puede deberse a los cambios emocionales y de reposo postural en la sala de camas de Urgencias; sin poder descartar otros mecanismos fisiopatológicos secundarios a posible cardiopatía estructural.

4) La administración de Voluven 6% se justificó porque la paciente presentaba clínica compatible con un síndrome de bajo gasto

cardíaco e hipovolemia. La dosis pautada fue una carga de 500 ml en 20 minutos.

5) La administración de Paracetamol 1g vía i.v. se justifica como analgésico general en situaciones clínicas y ambientales que pueden desencadenar o agravar situaciones de dolor. La administración de Omeprazol i.v. se justifica como protector gástrico ante situaciones de estrés o administración de fármacos potencialmente gastrolesivos.

6) El valor del Pro BNP fue de 13.680 pg/ml. Se solicitó a las 10:39 del día 02/05/2011 y su valor fue leído a las 11:42 del día 02/05/2011.

7) La paciente presentaba una clínica sugestiva de shock cardiogénico e insuficiencia cardíaca congestiva, que se objetiva después de realizar el Angio-TAC, lo que motiva la consulta con el cardiólogo”.

Por su parte, la Inspección Médica emite informe, de 23 de julio de 2012, en el que, tras hacer una exposición de hechos, recoge su valoración de la asistencia prestada.

En primer lugar, destaca que es significativo que los servicios del SUMMA solicitasen expresamente que fuese vista por un cardiólogo.

En la primera asistencia hospitalaria es vista por una “*médico residente*” que se limita a solicitar analítica y gasometría.

Ante el electrocardiograma realizado a las 4:00 h que confirma la taquicardia sinusal con posible hipertrofia de ventrículo derecho/aurícula izquierda no se toma ninguna medida.

Considera que cuando a las 6:30 horas se le administra Voluven dicho tratamiento es de “(...) *dudoso valor cuando aún no se había filiado el*

origen de la hipotensión, ya que, aunque la hipotensión arterial puede inducir a pensar en una situación hipovolémica, estaría totalmente contraindicado en presencia de una insuficiencia cardíaca congestiva y/o de taponamiento cardíaco, y que de ser así, lógicamente agravaría la situación de la paciente al aumentar el trabajo cardíaco.

Como más tarde parecen indicar los resultados de las pruebas practicadas, la paciente sufría una insuficiencia cardíaca derecha”.

Entiende que la razón de que se le administrase paracetamol a las 10:10 h no podía ser sino que la paciente se quejó de algún dolor, pese a que la insuficiencia cardíaca no produce dolor.

Tras considerar que hubo una cierta dejadez en la asistencia prestada durante la noche hasta que a las 10:39 h se realizan diversas pruebas diagnósticas y a las 13:40 el cardiólogo de guardia advierte la gravedad de la paciente, expone, para explicar la asistencia prestada considera que:

“Cabén varias hipótesis para explicar lo que pudo ocurrir desde el punto de vista clínico (la necropsia tampoco desvela el motivo concreto del fallecimiento de la paciente) aunque todo parece indicar una causa última de tipo cardíaco. Posiblemente, tras la evaluación general de la paciente a su entrada hospitalaria (tal como se efectuó), seguida inmediatamente después de una valoración de tipo especializado, entre otros por el cardiólogo, (tal como solicitaba el médico del Servicio de Urgencia Extrahospitalaria), con pruebas específicas en ese sentido (ecodopler), hubieran permitido valorar precozmente la gravedad del cuadro clínico

El tiempo que transcurrió durante la noche sin que se realizaran acciones asistenciales, (incluso las pocas realizadas pudieron estar contraindicadas), fueron vitales en la evolución asistencial de [la paciente]”.

Concluye afirmando que la asistencia sanitaria prestada a la paciente no se ajustó a *lex artis*, existiendo un “(...) retraso (o falta de diligencia) en el estudio diagnóstico de la paciente durante su estancia en el área de urgencia del Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla”.

Con fecha 22 de junio de 2012, la aseguradora A se persona en el procedimiento como aseguradora de responsabilidad civil de la Inspección General de Sanidad del Ministerio de Defensa, Hospital Gómez Ulla.

En virtud de acuerdo de la instructora, de 3 de septiembre 2012, se concedió el trámite de audiencia al reclamante, a la aseguradora A, y al HGU.

En uso de dicho trámite, la aseguradora A, con fecha 14 de septiembre de 2012, presenta escrito de alegaciones en el que manifiesta su disconformidad con las conclusiones del Informe de la Inspección Médica porque, a su juicio, están basadas en hipótesis o conjeturas hechas post mortem, y no en hechos contrastados científicamente. Considera que no está plenamente acreditada la causa de la muerte. Entiende que no se podía sospechar una insuficiencia cardíaca congestiva dado que la tensión se normalizó a su ingreso en el hospital y su estado analítico no era sugerente en ningún caso de las enfermedades que plantea el informe de Inspección. El cuadro grave se plantea a la mañana siguiente que es cuando se adoptan en el hospital las medidas oportunas tendentes a descartar la existencia de un TEP, y descartado, se avisa al cardiólogo, que revela la gravedad de la situación provocada por un taponamiento cardíaco, que resalta, pudo producirse de forma súbita. Por ello estima que la actuación de los servicios del HGU fue adecuada.

Por su parte, el reclamante presenta el 21 de septiembre de 2012, escrito de alegaciones en el que manifiesta compartir las conclusiones del informe emitido por la Inspección Médica, puntualiza las respuestas dadas a la

Inspección Médica por el director médico del HGU, y expresa su absoluta disconformidad a las manifestaciones realizadas por la aseguradora A. Se ha incorporado al expediente el informe de valoración de daño corporal, emitido por una licenciada en medicina y cirugía, de fecha 31 de octubre de 2012, determinando una indemnización de 111.458,83 euros.

En virtud de acuerdo de la instructora, de 5 y 6 de septiembre 2012, se concedió nuevo trámite de audiencia al reclamante, a la aseguradora A, y al HGU, a fin de facilitar el anterior informe de valoración del daño corporal.

En uso de dicho trámite, el 20 de noviembre de 2012, el reclamante presentó nuevo escrito de alegaciones en el que impugna el cálculo de indemnización por no estar ajustado a derecho, no especificarse el baremo utilizado y sus características, sosteniendo que en la Sentencia 92/2012 de 10 de mayo de 2012 del Juzgado de 1ª Instancia de Palma de Mallorca se establecía una indemnización de 150.000 € por daños morales y otra separada de 270.000 € por la negligencia médica.

Formalizado el trámite de audiencia, la viceconsejera de Asistencia Sanitaria formuló propuesta de resolución, de 20 de agosto de 2013, en el sentido de estimar la reclamación patrimonial, reconociendo una indemnización por importe total de ciento veintitrés mil seiscientos ochenta y dos euros con veintinueve céntimos de euro (123.682,29 €).

CUARTO.- El consejero de Sanidad, mediante Orden de 3 de septiembre de 2013 que ha tenido entrada en el registro del Consejo Consultivo el 11 de septiembre siguiente solicita la emisión del preceptivo dictamen, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la Sección II, presidida por la Excm. Sra. Dña. Rosario Laina Valenciano, que firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberado y aprobado, por unanimidad, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo, en su sesión de 16 de octubre de 2013.

La solicitud del dictamen fue acompañada de la documentación que, numerada y foliada, se consideró suficiente.

A la vista de estos antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 13.1.f) 1º de su Ley Reguladora, 6/2007, de 21 de diciembre (LCC), y a solicitud de un órgano legitimado para ello, según el artículo 14.1 de la LCC.

El dictamen se emite dentro del plazo legal establecido por el artículo 16 de la LCC.

SEGUNDA.- El reclamante está legitimado activamente para formular la reclamación de daños por responsabilidad patrimonial en nombre propio, al amparo del artículo 139 de LRJ-PAC, por ser la persona afectada por los daños.

En este sentido, el reclamante destaca que actúa en su calidad de cónyuge de la fallecida, por lo que se ha de entender que reclama como consecuencia del incuestionable daño moral que le ha originado el fallecimiento de su esposa. Aporta, para acreditar su condición de cónyuge, un acta de matrimonio del Registro Civil de la República del Perú con legalizaciones de firmas tanto del Ministerio de Relaciones Exteriores de dicha República como del Consulado General de España en Lima (folios 11-12).

Se cumple, igualmente, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid al prestar la asistencia sanitaria el HGU en virtud del convenio

suscrito con la Comunidad de Madrid, siendo de aplicación la disposición adicional 12ª de la LRJ-PAC.

Por lo que respecta al plazo para reclamar, el artículo 142.5 de la LRJ-PAC establece que prescribe al año de producirse el hecho lesivo y en el caso de daños físicos o psíquicos desde la curación o la determinación de las secuelas.

En este caso, el fallecimiento se produjo el 2 de mayo de 2011 y la reclamación se interpuso el 12 de marzo de 2012, dentro del mencionado plazo legal.

Los procedimientos de responsabilidad patrimonial han de tramitarse de acuerdo con lo dispuesto en el RPRP.

A estos efectos ha emitido informe el HGU y se ha recabado el informe de la Inspección Médica.

Se ha concedido el trámite de audiencia previsto en el artículo 11 del RPRP, tanto al reclamante como al HGU y a su aseguradora en cuanto interesados en el procedimiento.

TERCERA.- Entrando ya a analizar el fondo de la pretensión que formula el reclamante, debemos partir de la consideración de que el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración, que tiene su fundamento en el artículo 106.2 de la Constitución, y su desarrollo en los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC, supone la concurrencia de los siguientes requisitos, según una constante y reiterada jurisprudencia, de la que puede destacarse la sentencia del Tribunal Supremo de 15 de marzo de 2011 (recurso 3261/2009):

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 representante 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.

c) Ausencia de fuerza mayor.

d) Que el representante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta.

Igualmente, recoge dicha sentencia que:

“La jurisprudencia de esta Sala (por todas la STS de 1 de julio de 2009, recurso de casación 1515/2005 y las sentencias allí recogidas) insiste en que "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.- Puesto que el fallecimiento de la paciente determina la existencia de un daño que como se ha expuesto, legitima al reclamante, es preciso efectuar un análisis de los requisitos de la conexión causal y de la antijuridicidad del daño.

La reclamación considera que en la asistencia prestada a su esposa hubo una clara mala praxis por los motivos anteriormente expuestos lo cual determinó el fallecimiento de la paciente sin haber recibido una asistencia sanitaria no ya eficaz sino ni tan siquiera adecuada.

En estos casos, el criterio que permite determinar si la asistencia sanitaria fue o no correcta es la llamada *lex artis* definida en la Sentencia de 19 de

junio de 2008 (recurso 2364/2004) indicando (FJ 4º), que “*Según jurisprudencia constante de esta Sala, un acto médico respeta la lex artis cuando se ajusta al estado de conocimientos de la comunidad médica en ese momento y, así, realiza lo que generalmente se considera correcto en el tipo de situación de que se trate*” o como indica la jurisprudencia civil -sentencia del Tribunal Supremo (Sala 1ª) de 15 de febrero de 2006 (recurso 2626/1999)- “*(...) es lo cierto que un defectuoso diagnóstico o error médico no es por sí mismo causa de responsabilidad si se acredita que se emplearon los medios ordinarios y se actuó con la debida diligencia para cerciorarse del diagnóstico*”.

Si bien no acompaña más prueba que diversa documentación médica, lo cierto es que, en virtud de las reglas de carga de la prueba del artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil y de la jurisprudencia que aplica dicha norma en el ámbito de la responsabilidad patrimonial sanitaria, correspondería a la Administración explicar las razones de la asistencia sanitaria prestada así como su adecuación a la *lex artis*.

A este respecto, existe una, cuando menos, defectuosa explicación por el HGU de la asistencia prestada a la paciente. En la historia clínica no hay ninguna anotación que permita entender que los servicios sanitarios actuaban con vistas a establecer un diagnóstico hasta las 13:40 horas, cuando el cardiólogo de guardia recoge en la historia que acaba de ser avisado realizando una anamnesis de la paciente, anotando los resultados de las pruebas clínicas practicadas y estableciendo su ingreso en UCI.

La asistencia anterior desde su ingreso (21:49 horas del día anterior) consiste únicamente en el triaje de urgencias, la solicitud de pruebas diagnósticas (análisis, electrocardiogramas), toma de constantes y administración de fármacos (paracetamol, Voluven, omeprazol) sin que haya anotación alguna que permita establecer cuál era el plan que motivaba estos actos. La dosis de Voluven se recoge en el informe del coronel director

médico a preguntas de la Inspección Médica pero no se localiza en la historia clínica ese dato, ya que tan solo consta la administración pero no la dosis (folios 64, 84).

Los informes del HGU tampoco se puede decir que ofrezcan una explicación convincente.

El primer informe sin fechar y sin que se identifique a su autor (folio 51) se limita a describir la asistencia prestada y a indicar que se solicitó un TAC a las 10:39 h para descartar un posible TEP.

El segundo informe, emitido a instancias de la Inspección médica por el coronel director médico del HGU, indica que no fue atendida por el cardiólogo hasta las 13:40 ya que es necesario previamente que se realice el triaje y que se valore por un adjunto de guardia del Servicio de Urgencias. Añade que no se realizó eco-doppler precisamente porque esta prueba debe ser ordenada por un cardiólogo. Realiza asimismo una somera explicación de la “normalización” de la TA de la paciente así como de la administración de diversos fármacos.

Considera que la paciente presentaba una clínica sugestiva de shock cardiogénico e insuficiencia cardíaca congestiva, que se objetiva después de realizar el Angio-TAC (ordenado por el adjunto de guardia de Urgencias), siendo entonces cuando se consideró necesaria la asistencia de un cardiólogo.

Por el contrario, el informe de la Inspección médica considera que la asistencia prestada a la paciente no se ajustó a la *lex artis* por cuanto no fue atendida por un cardiólogo pese a la solicitud de los Servicios de Urgencias Extrahospitalarias. Destaca la escasa información aportada por el HGU, considera que hubo una deficiente respuesta de los servicios sanitarios, tanto en la realización de pruebas como en la actuación a raíz de los resultados de estas. Así, revela que tras la práctica a las 4:00 h del día 2 de mayo de un electrocardiograma, cuyo trazado confirma taquicardia sinusal con posible

hipertrofia de ventrículo derecho/aurícula izquierda, no se realiza ninguna actuación. Entiende que la administración de Voluven es, cuando menos, discutible sin haberse filiado el origen de la hipotensión. Termina concluyendo que: *“El tiempo que transcurrió durante la noche sin que se realizaran acciones asistenciales (incluso las pocas realizadas pudieron estar contraindicadas), fueron vitales en la evolución asistencial de Y.A.M.C.”*

Una valoración conjunta de la, ciertamente escasa, documentación aportada por el HGU y las críticas que plantea la Inspección médica en cuanto a la corrección de esa actuación con la importancia que ha de otorgarse a dicho informe (sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid (sección 10ª) de 17 de mayo de 2013 (recurso 1051/2011)), conduce a entender que no se actuó correctamente, máxime cuando los informes del HGU son tan sumamente escuetos sin ofrecer explicación razonable de la tórpida evolución de la paciente durante el tiempo en que estuvo ingresada.

Tampoco puede darse especial valor a las alegaciones efectuadas por la aseguradora de la Administración. Dichas alegaciones no aparecen revestidas de autoridad científica alguna (constan dos firmas sin identificar y el documento es presentado por un procurador de los tribunales) y no suponen tanto una explicación de la corrección de la actuación del HGU como una mera crítica al informe de la Inspección.

Por todo ello, no puede sino considerarse que, en efecto, hubo una actuación del HGU que no se ajustó a la *lex artis*, por lo que existe una relación de causalidad entre el fallecimiento y la actuación de los servicios sanitarios, causando un daño antijurídico.

QUINTA.- Procede, por tanto, la valoración de ese daño. El reclamante solicita 500.000 euros sin aportar más justificación que la referencia a una

sentencia de un Juzgado de 1ª Instancia que supuestamente recogió una condena por negligencia médica de 420.000 euros sin aportar ningún otro dato. Resulta evidente que ni esa sentencia tiene la fuerza obligatoria de la jurisprudencia del Tribunal Supremo ni tan siquiera se puede tener en cuenta si no se aporta por el reclamante, toda vez que se desconocen las circunstancias que llevaron a dicho Juzgado a valorar los daños en esa cantidad.

A mayor abundamiento, intentada la localización de la sentencia, a causa de los escasos datos aportados por el reclamante (Juzgado (sin número), partido judicial, fecha y número de sentencia), no ha sido encontrada en la base de datos del Centro de Documentación Judicial dependiente del Consejo General del Poder Judicial.

Este Consejo viene aplicando en la valoración de este tipo de daños (dictámenes 91/12, de 15 de febrero y 133/12, de 7 de marzo) el baremo establecido en la normativa sobre responsabilidad civil de vehículos a motor si el daño está contemplado en dicho baremo y, en todo caso, con carácter orientativo (sentencia del Tribunal Supremo de 18 de septiembre de 2009 (recurso 604/2007)).

Ninguna de las circunstancias alegadas en la reclamación (esfuerzos realizados para venir a trabajar a España, proyectos de comprar un piso y tener descendencia, deseos de la fallecida de cursar estudios universitarios así como su inteligencia por encima de la media) tienen virtualidad alguna (de hecho tampoco se prueban) para entender que concurren circunstancias que permitan entender que existen unos daños por cuantía superior a la establecida en el baremo.

Por todo ello, resulta correcta la valoración que efectúa la propuesta de resolución aplicando el baremo correspondiente al año 2011 respecto a la indemnización al cónyuge sin hijos con aplicación del porcentaje de

corrección por ingresos (10%) y actualizando la cifra conforme el artículo 141.3 de la LRJ-PAC, resultando una indemnización por importe de 123.682,29 euros.

Es asimismo destacable que a dicha valoración no se han opuesto ni el HGU ni su aseguradora.

Por todo lo expuesto, el Consejo Consultivo formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede estimar parcialmente la presente propuesta de resolución reconociendo al reclamante una indemnización de 123.682,29 euros.

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 este Consejo de conformidad con lo establecido en el artículo 3.7 del Decreto 26/2008, de 10 de abril, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid.

Madrid, 16 de octubre de 2013