

Dictamen nº **18/13**
Consulta **Consejero de Sanidad**
Asunto **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **23.01.13**

DICTAMEN de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 23 de enero 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 L.J.H.G. y R.H.G., en representación de su madre, R.G.C., sobre los daños y perjuicios ocasionados como consecuencia de la asistencia recibida por parte del SUMMA 112.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El consejero de Sanidad, mediante oficio de 13 de noviembre de 2012 que ha tenido entrada en el registro del Consejo Consultivo el día 21 de noviembre, formula preceptiva consulta por el trámite ordinario, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la Sección III, presidida por el Excmo. Sr. D. Javier María Casas Estévez, que firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberado y aprobado, por unanimidad, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo, en su sesión de 23 de enero 2013.

El escrito solicitando el informe preceptivo fue acompañado de la documentación que, adecuadamente numerada y foliada, se consideró suficiente.

SEGUNDO.- El 3 de junio de 2011 se presentó a través de la Oficina de Registro de Vicealcaldía de Madrid, reclamación de responsabilidad patrimonial por la que la reclamante solicitaba la investigación minuciosa de los hechos denunciados, que según sus alegaciones, dieron lugar a los daños y perjuicios ocasionados como consecuencia de la denegación de asistencia para el traslado por parte del SUMMA 112.

En su escrito, la reclamante manifiesta que el 17 de enero de 2011, tras sufrir una caída accidental en su domicilio, sus familiares dan aviso al SUMMA 112, acudiendo al domicilio un médico y un A.T.S., a los que informan del agravamiento de la situación durante el fin de semana.

Indica en su escrito que los miembros de la asistencia de urgencias en ningún momento exploraron a la paciente, y que los acusan de *“urdir una estratagema para adelantar la cita”* con traumatología que tenía concertada para el 21 de febrero, así como que se empeñan los sanitarios en indicar en el informe que la fecha de la consulta es el 24 de enero, además de reseñar que *“la enferma está fingiendo porque si tuviera una fractura no podría estar sentada en la cama”*. En este punto, la reclamante insiste en que en ningún momento se acercaron a la cama donde se encontraba.

Continúa relatando que el servicio de urgencias se pone en contacto con el coordinador del servicio, al que insisten en la idea de que la reclamante pretende adelantar la cita con traumatología, dejando finalmente a la paciente sin asistencia.

Los familiares acuden al ambulatorio *“Los Cármenes”* para dar un aviso domiciliario, recomendando la médica su traslado a Urgencias, y planteando la posibilidad de atención en el Hospital Gómez Ulla en lugar del Hospital Clínico dada su cercanía, dejando a cargo de la reclamante la solicitud del transporte sanitario.

De vuelta en el domicilio, solicitan al 061 una ambulancia, que les responde que ha de solicitarlo un médico del ambulatorio.

Dado el agravamiento de la paciente, con fuertes dolores, se ponen en contacto con su médico de cabecera, que indica que se trasladaría al domicilio de la paciente una vez terminase de pasar consulta.

Los familiares deciden trasladar por su propios medios a la paciente al Hospital Gómez Ulla, que en un primer momento no admitió a la misma esgrimiendo que no era su centro de referencia, aún cuando el centro de salud “Los Cármenes” pertenece a ese Hospital según consta además en el cartel de admisión. En este Hospital, tras la realización de las pruebas pertinentes, fue diagnosticada de rotura de cuello de fémur, siendo trasladada al Hospital Santa Cristina donde finalmente fue intervenida quirúrgicamente al día siguiente.

Considera la reclamante que ha sufrido una denegación de auxilio médico durante un periodo de más de 14 horas diurnas, padeciendo en el momento de la presentación de la reclamación daño físico y psicológico.

Solicita la investigación minuciosa de los hechos denunciados, si bien, posteriormente, solicita una indemnización por importe que no determina.

TERCERO.- A raíz de la presentación del escrito de reclamación se ha instruido procedimiento de responsabilidad patrimonial. La consulta del expediente administrativo ha puesto de manifiesto los siguientes hechos:

La paciente, de 81 años relata una caída accidental en su domicilio el 17 de enero de 2011. Con anterioridad tiene cita programada con reumatología para el día 21 de febrero de 2011 (no traumatología).

Los familiares deciden dar aviso al SUMMA 112 el 17 de enero de 2011, con aviso de caída accidental. Una vez presentes los sanitarios del SUMMA en el domicilio, solicitan su traslado al Servicio de Urgencias lo

cual, interpretan los sanitarios, es un intento de adelantar la cita con el especialista, indicando a los familiares que el traslado debe ser gestionado a través de su médico de atención primaria, dando por finalizado el Servicio tras consultarlo con el coordinador.

Los familiares se ponen en contacto con su médico de atención primaria que recomienda su traslado al Servicio de Urgencias. A tal fin, reclaman del SUMMA 112 la asistencia de una ambulancia, siendo derivados de nuevo a su médico de atención primaria para que sea éste quien lo solicite.

Finalmente, los familiares trasladan a la paciente por sus propios medios al Hospital Gómez Ulla donde, tras diagnosticar una fractura de cuello de fémur, es trasladada al Hospital Santa Cristina donde se realizó intervención quirúrgica de prótesis total de cadera izquierda por fractura subcapital de fémur izquierdo.

CUARTO.- Mediante escrito notificado el 22 de febrero de 2012, se practicó requerimiento, a fin de acreditar la representación de la reclamante, y concretar la cuantía de la indemnización pretendida.

El requerimiento es atendido mediante escrito presentado el 24 de febrero de 2012, solicitando, en relación con la cuantía económica, que la misma fuese fijada por la Administración.

En la tramitación del procedimiento se han aportado los informes que se han considerado necesarios de los que se destacan los siguientes particulares.

Se ha solicitado informe de la directora médico del SUMMA 112 (pág. 145). En su informe, de 2 de septiembre de 2011, manifiesta:

“El día 17 de Enero de 2011 a las 07:25 horas, se recibió una llamada en el Servicio Coordinador de Urgencias (SCU) del

SUMMA-112, por "contusión en extremidades sin movilidad", asignándose un recurso de UAD a domicilio.

A las 09:45 horas, se reitera la llamada con igual sintomatología, "Le han derivado al paciente sin gestión de ambulancia", por lo que se deriva a médico de A.P.

A las 23:20 horas, se recibe una llamada desde el Hospital Gómez Ulla para solicitar recurso de traslado al Hospital Santa Cristina, el cual se gestiona sin incidencias.

A las 10:52 horas, se recibe nueva llamada para anular inyectable programado de heparina.

Adjunto se remite informe clínico del médico de UAD, e informe de testimonio realizado por el mismo a solicitud de esta Dirección".

El anterior informe adjunta informe elaborado por U.A.D. (pág. 147), en el que indica:

"Al llegar al domicilio la paciente y familiares nos solicitan traslado a un hospital, ya que me explican que tiene una cita pendiente con especialista para valoración de su caso, pero que es para dentro de unos días y que ya no pueden esperar, les comento que tengo que consultarlo con el jefe de guardia, por lo que me comunico con el centro coordinador y expongo la situación; me aconsejan que debería ser mediante su médico de atención primaria, quien gestione los recursos para adelanto de la cita y/o traslado a centro hospitalario.

Les comunico a la paciente y familiares mi conversación con el centro coordinador, pero no están conformes con la solución que les expongo, por lo que les informo que deberían llamar a partir de las

08:00, de ese mismo día a su centro de salud para que le ayuden en su caso, acto seguido nos retiramos del domicilio e informamos al locutor lo sucedido y realizamos la finalización del aviso”.

Consta un segundo informe elaborado por la directora médico del SUMMA 112 (pág. 144), de 27 de abril de 2012, en el que manifiesta:

“En relación con el epígrafe de la reclamación donde aqueja la falta de Transporte Sanitario para el traslado al Hospital, le informo que acorde a la normativa vigente el Transporte Sanitario es de prescripción facultativa y no a solicitud de paciente, por lo que al ser vista por médico de Atención Primaria, en caso necesario se debería haber prescrito por el médico de Atención Primaria.

En relación con la ausencia de la correcta identificación del médico de UAD, es verdad que en los informes manuscritos, las copias son a veces ilegibles. El médico que atendió a la paciente es Dr. G.T.M. - Colegiado: aaa ”.

QUINTO.- En virtud de acuerdo de la instructora de 10 de septiembre de 2012, se acordó conferir el trámite de audiencia a la reclamante y al SUMMA 112, siendo notificado en ambos casos, el 13 de septiembre de 2012.

No consta la presentación de alegaciones dentro del plazo concedido para ello.

Transcurrido el plazo del trámite de audiencia, la viceconsejera de Asistencia Sanitaria formuló propuesta de resolución, de 30 de octubre de 2012, en el sentido de desestimar la reclamación.

A la vista de tales 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 (LRCC), por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía indeterminada, y a solicitud de un órgano legitimado para ello a tenor del artículo 14.1 LRCC.

SEGUNDA.- La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 139.1 de la Ley 30/92, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico y Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC), al haber resultado supuestamente perjudicada por la asistencia sanitaria recibida.

El escrito inicial de reclamación es firmado por los hijos de la persona que sufrió el daño, según manifiestan, por lo que existe un defecto inicial en la acreditación de la representación.

Como este Consejo viene señalando en reiteradas ocasiones, de conformidad con el artículo 32.3 de la LRJ-PAC para *“formular solicitudes deberá acreditarse la representación por cualquier medio válido en derecho que deje constancia fidedigna, o mediante declaración en comparecencia personal del interesado. Para los actos y gestiones de mero trámite se presumirá aquella representación”*. La reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración es una solicitud de inicio de un procedimiento de acuerdo con la definición de solicitud del artículo 70 de la LRJ-PAC, razón por la cual si una persona actúa en nombre y representación de otra debe aportar poder suficiente para ello.

Resulta del expediente que para acreditar la representación se presentó posteriormente, a requerimiento del órgano instructor, un documento privado suscrito por la reclamante, por el que autoriza a sus hijos a

representarla en el presente expediente y se ratifica en los escritos presentados. Dicha documentación no acredita suficientemente la representación al amparo de lo establecido en el precitado artículo 32 de la LRJ-PAC conforme lo expuesto.

Este Consejo, como ya ha considerado en otras ocasiones, entiende que la Administración debe exigir la acreditación de la representación y que ello debe hacerlo, además, de conformidad con lo establecido en el artículo 71 del mismo cuerpo legal, por lo que debe requerir de forma expresa a los comparecientes para que acrediten debidamente su representación, concederles el plazo de diez días legalmente previsto e indicarles que, de no hacerlo, se le tendrá por desistido en su reclamación, sin necesidad de continuar el procedimiento. Aunque ello debe hacerse en el momento inicial del procedimiento, tan pronto como la Administración advierta que alguien actúa sin acreditar debidamente la representación, nada impide que dicho requerimiento pueda y deba hacerse con posterioridad por parte del instructor, de modo que si la subsanación se lleva a cabo se dé por válido todo lo realizado con anterioridad.

Hecha la anterior puntualización y como quiera que la Administración ha entrado a conocer el fondo del asunto este Consejo, a pesar de considerar que existe un defecto de falta de representación que debe corregirse, examinará la concurrencia de los requisitos de fondo del asunto sometido a dictamen.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, a quien corresponde la titularidad del servicio público de urgencias sanitarias que ejerce a través del SUMMA 112.

Por lo que se refiere al requisito temporal, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, a tenor del artículo 142.5 LRJ-PAC, que se contarán, en caso de daños de

carácter físico o psíquico, desde que el hecho aconteció, o desde la curación o determinación del alcance de las secuelas.

La actuación sanitaria que se censura tuvo lugar el 17 de enero de 2011, por lo que al presentarse la reclamación con fecha 3 de junio del mismo año debe considerarse presentada en plazo.

El órgano peticionario del dictamen ha seguido en la tramitación del procedimiento administrativo destinado al posible reconocimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración los trámites previstos en las leyes y reglamentos aplicables, en particular en el Título X de la Ley 30/92, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico y Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC), artículos 139 y siguientes, desarrollado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (RPRP).

Conviene resaltar que, entre los trámites seguidos, tal como ha quedado expuesto en los antecedentes de hecho de este dictamen, se ha recabado informe de los Servicios responsables de la asistencia sanitaria, tal como exige el artículo 10.1 del RPRP. Del mismo modo, se ha otorgado el trámite de audiencia, regulado, como garantía esencial del derecho de defensa, en los artículos 84 de la LRJ-PAC y 11 del RPRP.

No se ha solicitado informe del Servicio de Inspección Sanitaria, si bien éste no resulta preceptivo sino facultativo a juicio del órgano instructor y cuándo éste lo considere necesario o conveniente para resolver. Así se deduce del RPRP, cuyo artículo 10.1 establece que el órgano de instrucción *“en todo caso, solicitará informe al servicio cuyo funcionamiento haya ocasionado la presunta lesión indemnizable”*, por lo que éste se configura como el único preceptivo.

TERCERA.- El artículo 106.2 de la Constitución Española reconoce a los particulares, en los términos establecidos por la ley, el derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, siempre

que ésta sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos y no concurra circunstancia de fuerza mayor que sirva para exonerar a la Administración. La previsión constitucional se halla desarrollada en el Título X LRJ-PAC, artículos 139 y siguientes.

Interpretando el marco jurídico-legal de la responsabilidad patrimonial, la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo ha enunciado en reiterada jurisprudencia los requisitos exigibles (de un modo acumulativo) en orden al reconocimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración. Así, en sentencia de 23 de enero de 2012 (RC 43/2010): generación al perjudicado de un daño o perjuicio efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas; que aquel daño o lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterándolo, en el nexo causal; ausencia de fuerza mayor, y que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño alegado.

En términos generales, no cabe plantearse la posible concurrencia de la responsabilidad patrimonial de la Administración si no se ha producido un daño real y efectivo a quien solicita ser indemnizado. En dicho sentido, entre otras muchas, la sentencia del Tribunal Supremo de 1 de febrero de 2012, RC 280/2009.

CUARTA.- De los informes médicos de asistencia sanitaria aportados al expediente se evidencia la existencia de un daño, concretado en la fractura de cuello de fémur, de la que la paciente tuvo que ser intervenida, y que no fue detectada por el servicio de urgencias. Igualmente la reclamante alega la existencia del daño que se le ocasionó como consecuencia de serle negado el traslado en ambulancia por los servicios del SUMMA 112 que acudieron a su domicilio.

Acreditada la realidad del daño hay que tener en cuenta que cuando las reclamaciones indemnizatorias deducidas a instancia de los particulares traigan causa de una actuación médica o sanitaria, no basta con la concurrencia de una lesión efectiva, individualizada y evaluable, causada a un particular, que tenga origen en el funcionamiento del servicio público sanitario. En tales casos, más allá del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, se hace necesario acudir al criterio de la *lex artis* como pauta determinante de la existencia de responsabilidad patrimonial, 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. De ahí que, si, en términos generales, en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, *“cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, 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 postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero, que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto”* (STS de 2 de noviembre de 2011, recurso de casación 6236/2007).

A ello se une que *“el Tribunal Supremo ha declarado que, en esta materia, la responsabilidad viene dada por el carácter inadecuado de la prestación médica dispensada, lo que ocurre cuando “no se realizan las funciones que las técnicas de la salud aconsejan y emplean como usuales,*

en aplicación de la deontología médica y del sentido común humanitario” (vid. SSTs de 14 de diciembre de 1990, 5 y 8 de febrero de 1991, 10 de mayo y 27 de noviembre de 1993, 9 de marzo de 1998, y 10 de octubre de 2000), a lo que hay que añadir que “la violación de la lex artis es imprescindible para decretar la responsabilidad de la Administración, no siendo suficiente la relación de causa efecto entre la actividad médica y el resultado dañoso, pues el perjuicio acaecido, pese al correcto empleo de la lex artis, implica que el mismo no se ha podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica”.

En punto a la prueba del ajuste de la práctica sanitaria a las reglas de la *lex artis*, es al reclamante a quien incumbe, como regla general ordinaria, la carga de la prueba. Así lo proclama la práctica judicial, de la que sirve como exponente la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid núm. 1707/2008, de 17 de septiembre, al matizar que *“las obligaciones exigibles a los servicios médicos en relación con prestaciones como las examinadas en este expediente son obligaciones de medios y no de resultado. Corresponde al reclamante la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia se alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la lex artis médica y que ésta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama”.*

No obstante, la doctrina jurisprudencial ha sentado la inversión de la carga de la prueba en aquellos supuestos en que su práctica es sencilla para la Administración y complicada para el reclamante (sentencias del Tribunal Supremo de 23 de octubre y 2 de noviembre de 2007, recursos de casación 3071/03 y 9309/03, y de 7 de julio de 2008, recurso de casación 3800/04). Incluso, a veces, se requiere una explicación adecuada del evento dañoso para excluir la responsabilidad (sentencia de 27 de junio de 2008, rec. 3768/04). En tales casos, atendiendo al principio de la *facilidad de la prueba*, una vez acreditado el daño por la reclamante, se

atribuye a la Administración el deber de dar una explicación razonable de lo sucedido.

QUINTA.- Sentado lo anterior procede analizar si de las circunstancias del caso puede considerarse que haya existido infracción de la *lex artis* en la asistencia sanitaria dispensada a la paciente.

La reclamante centra su censura en que una vez solicitada asistencia urgente, tras la caída que alega haber sufrido, los servicios de urgencias no aprecian tal urgencia ni facilitan una ambulancia para el traslado. A resultas de ello los familiares lo tienen que hacer por sus propios medios, resultando además que no se detectó la fractura que padecía.

Debemos partir en primer lugar de los documentos incorporados al expediente, a través de los que se puede comprobar que no figura referencia alguna a que la paciente fuese explorada por el servicio sanitario a fin de determinar alguna lesión.

Tanto en la hoja clínico asistencial el día de los hechos (folio 5), como en el informe del médico del SUMMA 112 (folio 147), tan sólo se recoge que los familiares indicaron al servicio de urgencias que tenían cita con el especialista, razón única por la que se les denegó el traslado en ambulancia.

Con independencia de no poner en duda la veracidad de dichas afirmaciones, lo cierto es que queda acreditado que la llamada al servicio de urgencias lo fue por “*contusión en extremidades sin movilidad*” (Informe del SUMMA 112, folio 145), sin que conste que los facultativos examinasen a la paciente.

La referencia a que la asistencia de urgencias consideró que la paciente estaba fingiendo porque si tuviera una fractura no podría estar sentada, se contiene en el escrito de reclamación, sin que el informe de dicha

asistencia, pedido a raíz del presente expediente, haga alguna referencia o razonamiento sobre tal hecho.

De ello debe deducirse que la paciente no fue explorada para determinar una posible lesión, lo cual constituía un deber de diligencia a pesar de la posible única insistencia de los familiares en que querían adelantar la cita que tenían programada con el especialista.

A ello se une que el hecho de que la accidentada estuviese sentada en la cama, no es obstáculo para proceder a realizar un examen siquiera indiciario de alguna lesión, fuera fractura o distinta de ella. Por otra parte el tipo de fractura que resultó presentar – fractura subcapital de fémur izquierdo –, hubiera resultado de fácil comprobación con tan sólo un examen visual, sin que la postura en la que estaba la paciente fuera necesariamente excluyente de fractura, o, como decimos, de cualquier otra lesión que pudiera haber acontecido.

Estas circunstancias constituyen una falta de diligencia que llevó a un diagnóstico erróneo, causa de la denegación de traslado urgente.

Como dice la Sentencia del Tribunal Supremo 679/2010, de 10 de diciembre, recordando otras del mismo Tribunal (STS 19 de octubre de 2007): *“En primer lugar, es obligación del médico realizar todas las pruebas diagnósticas necesarias, atendido el estado de la ciencia médica en ese momento, de tal forma que, realizadas las comprobaciones que el caso requiera, sólo el diagnóstico que presente un error de notoria gravedad o unas conclusiones absolutamente erróneas, puede servir de base para declarar su responsabilidad, al igual que en el supuesto de que no se hubieran practicado todas las comprobaciones o exámenes exigidos o exigibles.”*

Por su parte, el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de

Salud y el procedimiento para su actualización, contiene, en su Anexo IV, la Cartera de servicios comunes de prestación de atención de urgencia que la atención de urgencia como *“aquella que se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata. Se dispensará tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluyendo el domicilio del paciente y la atención «in situ», durante las 24 horas del día, mediante la atención médica y de enfermería, y con la colaboración de otros profesionales.”*

Añade la precitada norma que:

“La cartera de servicios comunes de la prestación de atención de urgencia comprende:

2.2. La evaluación inicial e inmediata de los pacientes para determinar los riesgos para su salud y su vida y, en caso de ser necesaria, la clasificación de los mismos para priorizar la asistencia sanitaria que precisen. La evaluación puede completarse derivando a los pacientes a un centro asistencial si fuera necesario, para la realización de las exploraciones y procedimientos diagnósticos precisos para establecer la naturaleza y el alcance del proceso y determinar las actuaciones inmediatas a seguir para atender la situación de urgencia.

2.5. El transporte sanitario, terrestre, aéreo o marítimo, asistido o no asistido, según lo requiera la situación clínica de los pacientes, en los casos en que sea preciso para su adecuado traslado al centro sanitario que pueda atender de forma óptima la situación de urgencia.”

Por lo expuesto debe concluirse que hubo un error de diagnóstico al no detectar la fractura que padecía, por falta de examen de la misma. Este error supuso un sufrimiento a la reclamante que pudo haberse evitado

pues hubiera resultado evidente la necesidad de traslado urgente. Todo ello constituye un daño personalizado, derivado de un error de diagnóstico y una denegación de asistencia – la de transporte –, que la solicitante de la indemnización no tiene el deber jurídico de soportar.

SEXTA.- Existiendo un daño indemnizable procede la determinación de la cuantía de la indemnización.

Para ello debemos tener en cuenta las circunstancias del caso, esencialmente, que lo que resulta indemnizable es el padecimiento de la reclamante durante las horas que transcurrieron entre la llegada de la asistencia sanitaria que denegó indebidamente el traslado en ambulancia y el correcto diagnóstico y tratamiento de la fractura que padecía que derivó en intervención quirúrgica, 14 horas según refiere la reclamante.

Debe dejarse constancia que el retraso que ello supuso no implicó mayores secuelas físicas, pues la cirugía de prótesis total de cadera izquierda se realizó sin complicaciones postoperatorias, ni consta que padezca dichas secuelas.

A la hora de realizar una valoración la jurisprudencia se ha decantado por una valoración global –sentencias del Tribunal Supremo de 20 de octubre de 1987 (RJ 8676), 15 de abril de 1988 (RJ 3072) y 1 de diciembre de 1989 (RJ 8992)- que derive de una “*apreciación racional aunque no matemática*” –sentencia del Tribunal Supremo de 3 de enero de 1990 (RJ 154)-, pues se carece de parámetro o módulos objetivos, debiendo ponderarse todas las circunstancias concurrentes.

En el presente caso, en una razonable interpretación de los hechos, con ponderación de las circunstancias ya expuestas, que derivaron en el padecimiento de la reclamante durante un período de tiempo, se considera adecuado fijar una indemnización de 800 €.

En mérito a cuanto antecede el Consejo Consultivo formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede estimar la reclamación por responsabilidad patrimonial objeto del presente dictamen, al haberse acreditado la existencia de infracción de la *lex artis* y resultar un daño antijurídico. Se considera procedente fijar la indemnización debida en 800 €.

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.

Madrid, 23 de enero de 2013

