

Dictamen n.º: **17/16**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **21.04.16**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora, aprobado por unanimidad, en su sesión de 21 de abril de 2016, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo de lo establecido en la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el asunto promovido por D. F.G.P., sobre responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos por Dña. R.P.M. que atribuye a una caída en el Hospital Ramón y Cajal, de Madrid.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El día 6 de abril de 2016 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid solicitud de dictamen preceptivo en relación con el expediente de responsabilidad patrimonial aludido en el encabezamiento.

A dicho expediente se le asignó el número 32/16, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal y como dispone el artículo 23.1 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora, aprobado por Decreto 5/2016, de 19 de enero, del Consejo de Gobierno.

La ponencia ha correspondido, por reparto de asuntos, a D.^a Ana Sofía Sánchez San Millán, quien formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, la cual fue deliberada y aprobada por el Pleno de la Comisión Jurídica Asesora, en sesión celebrada el día 21 de abril de 2016.

SEGUNDO.- El 24 de abril de 2012 se recibió en la Oficina de Atención al Usuario del SUMMA 112 un escrito de F.G.P en el que relataba que el día 17 de abril de ese mes, su madre había sufrido una caída al bajar en el Hospital Ramón y Cajal a donde acudía para diálisis. Destacaba que era *“la segunda o tercera vez, no estoy seguro”* que esto ocurría. El reclamante ponía de relieve en su escrito que tenía concedido que el transporte de su madre se realizara en ambulancia con plataforma para subir y bajar en silla de ruedas, para evitar caídas en los desplazamientos, lo que habría gestionado, según relata, después de la caída anterior que le causó un esguince y contusiones múltiples. Denunciaba que el transporte no se estaba haciendo de esa forma, por lo que rogaba que se cursara la reclamación contra la empresa que gestionaba el servicio de ambulancias.

En el escrito se detallaba la magnitud de las heridas sufridas y la posibilidad de ejercer acciones legales.

TERCERO.- Recibido el anterior escrito en el Servicio Madrileño de Salud el día 28 de junio de 2012, se requirió al reclamante, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 32 y 71 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante, LRJ-PAC) y el artículo 6 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (en adelante, RPRP), a fin de que aportara: justificación de la representación con la que se actuaba; cuantificación de la

indemnización solicitada o los criterios en base a los cuales pretende sea fijada así como documento acreditativo de cuenta bancaria en donde se refleje la titularidad de la misma.

El reclamante cumplimentó el citado requerimiento mediante escrito presentado el 23 de julio de 2012, en el que volvía a detallar las lesiones sufridas por su madre tras el accidente, subrayando que dos días después del accidente la paciente tuvo que ser ingresada de nuevo por un síncope, consecuencia del fuerte traumatismo craneal sufrido en la caída y que el estado de salud se complicó considerablemente a raíz del accidente. Exponía la imposibilidad de cuantificar el daño, ya que al no haber recurrido al asesoramiento de un abogado desconocía los baremos aplicables. El reclamante afirmaba que su madre, con movilidad altamente limitada, no iba en la silla de ruedas sujeta con cinturón o arnés de seguridad y que el objetivo de su anterior escrito era evitar que hechos como el ocurrido a su madre volvieran a suceder, así como recibir la indemnización correspondiente. Además adjuntaba copia de una cartilla bancaria a nombre de R.P.M, así como un documento firmado por ésta en el que autorizaba a su hijo F.G.P para actuar en su nombre. Finalmente, aportaba diversas fotografías, informes de asistencia sanitaria y una diligencia extendida por la Oficina de Información de la Dependencia en la que se indicaba que a R.P.M le había sido reconocida el día 15 de febrero de 2012 una situación de dependencia Grado III Nivel I.

En la instrucción se recabó el informe del SUMMA 112, que fue emitido el 22 de agosto de 2012 mediante la aportación del formulado por la empresa de Ambulancias Alerta S.A en el que se indicaba lo siguiente a propósito de la reclamación:

“Según consta en nuestra base de datos, el traslado que se realizó a la paciente el día 17 de abril desde la Clínica SEAR hasta el Hospital

Ramón y Cajal de la paciente R.P.M, se realizó sin ningún tipo de incidencia en una ambulancia individual y en camilla. Según nos informó el Coordinador que la empresa tiene en el Hospital Ramón y Cajal, debido a que no realizamos la vuelta de la diálisis hasta su destino, fue porque al personal sanitario del hospital se les cayó la paciente y sufrió diversas contusiones, pero ni estaba ya el conductor ni mucho menos tuvo que ver algo él en estos hechos, ya que según se le informó a ALCER, a dos celadoras del Hospital Ramón y Cajal se les cayó la paciente al suelo, informando de todo esto nuestro Coordinador y sabiéndolo el propio hospital, por lo que nuestra empresa no tiene nada que ver con este hecho, ni pudiendo aportar más detalles del mismo ya que los desconocemos”.

También se ha incorporado al procedimiento el informe emitido el 10 de septiembre de 2012 por el subdirector de Gestión y Servicios Generales del Hospital Universitario Ramón y Cajal, en el que exponía lo siguiente:

“1. El reclamante dirige su reclamación contra la empresa de ambulancias. Esta, en escrito de contestación afirma que la paciente Dña. R.P.M, se cayó en el hospital cuando era atendida por personal sanitario y dos celadores.

2. Que el día de los hechos, 17 de abril de 2012 entre las 9:00 9:30 h. estaba destinada en el puesto de Sala de Espera de Ambulancias la Celadora Dña. C.L.G.nº10.610.

3. Que, al ser preguntada por este hecho la Celadora mencionada informa que cuando bajó de trasladar a otro paciente, encontró a la paciente Dña. R.P.M. siendo atendida por la trabajadora del Servicio de Información y Atención (Chaqueta Verde) Dña. M.N.B. (Nº 13.349), y por el Dr. C. (Geriatría), dado que la paciente se había desvanecido

mientras estaba sentada en una silla de ruedas, esperando para ser trasladada a HEMODIÁLISIS.

Tras ser atendida, y por indicación del Dr. C., se subió a dicha paciente a HEMODIÁLISIS, efectuándose el traslado de inmediato”.

Consta en el expediente examinado que se dio traslado de la reclamación a la empresa Ambulancias Alerta S.A para su personación como interesada en el procedimiento. La citada empresa solicita el día 14 de septiembre de 2012 que se le diera traslado para hacer alegaciones y se procediera al trámite de proposición de prueba.

El día 17 de septiembre de 2012 formuló informe el Servicio de Geriátrica del Hospital Universitario Ramón y Cajal, el que exponía lo siguiente:

“a) la sala de espera de pacientes de ambulancias se encuentra delante de la puerta de mi consulta.

b) el día mencionado, estando en mi consulta atendiendo a un paciente, fui requerido (no recuerdo por quien, creo que fue mi secretaria al oír voces gritando en dicha sala de espera) para atender a una persona que se encontraba tendida en el suelo y ensangrentada. Supongo que era Dña. R., si bien no recuerdo el nombre con exactitud.

c) encontré a la paciente en el suelo en decúbito supino, rodeada de varias personas, vestida con ropa de calle, cerca de una silla de ruedas. Se encontraba consciente, desorientada, emitiendo sólo sílabas. Tenía una contusión en región frontotemporal derecha que sangraba copiosamente, por lo que inicié medidas para detener la hemorragia. Realicé una exploración física y neurológica limitada por las condiciones en que se encontraba (en el suelo, vestida y rodeada

de gente), sin apreciar datos de patología emergente (función cardiorrespiratoria y neurológica estables). Parecía estar extremadamente asustada. Cuando se tranquilizó fue capaz de facilitar su nombre e informarnos de que se encontraba en el programa diálisis. Se quejaba de dolor costal y en las piernas, si bien no encontré patología que juzgara como necesitada de atención de emergencia.

d) reclamé de inmediato una camilla, que llegó poco después, donde la paciente fue colocada sin incidencias.

e) sabiendo que venía a una sesión de diálisis, tan pronto como aseguré que se encontraba estable, me puse en contacto telefónico inmediato con dicha sección en el Servicio de Nefrología. Me confirmaron que conocían a la paciente y que aceptaban la transferencia de la asistencia médica urgente a su cargo. Recomendé que valoraran la indicación de hacer un TC craneal, dado que lo copioso de la hemorragia sugería que estaba tomando antiagregantes o anticoagulantes y parecía haber sufrido un TCE, si bien yo no presencié.

f) Verifiqué de nuevo que se encontraba en situación estable y ordené que subiera en ese momento al Servicio de Nefrología, reincorporándome a mi consulta”.

Obra en el folio 44 del expediente el informe de la trabajadora del Servicio de Información y Atención al Paciente remitido el 3 de octubre de 2012 por el jefe del citado servicio, en el que se da cuenta de los hechos objeto de la reclamación en los siguientes términos:

“1. La trabajadora M.N.B se encontraba el día de los hechos en el Sótano 2 Izquierda en la zona destinada a la llegada y recogida de los pacientes que se desplazan en ambulancia. La paciente R.P.M se

encontraba en la misma planta esperando en silla de ruedas a que la celadora correspondiente la trasladara a Hemodiálisis.

2. La paciente R.P.M. se cayó de la silla de ruedas golpeándose contra el suelo. La trabajadora M.N.B. al ver el golpe acudió a avisar a un médico para que la pudiera atender. Mientras la atendía la informadora acudió a una consulta a por unas gasas, el resto del tiempo estuvo junto con la paciente.

3. Tras la atención prestada se produjo finalmente el traslado de la paciente a Hemodiálisis”.

Concluida la instrucción del expediente, se confirió trámite de audiencia al reclamante y a la empresa de ambulancias.

Con fecha 26 de noviembre de 2012, el representante de Ambulancias Alerta S.A. presentó escrito de alegaciones en el que manifestaba que el servicio de transporte de la paciente se realizó “*en tiempo y en forma, sin ninguna incidencia*” y que la caída se produjo cuando R.P.M. se encontraba al cuidado y responsabilidad del personal del hospital, lo que en su opinión resulta corroborado por los informes que obran en el expediente. Terminaba solicitando la declaración del personal que hizo el traslado, el informe del ingreso del día en el hospital con indicación de la hora llegada y declaración del personal que atendió a la paciente tras la caída.

El día 30 de noviembre de 2012 el reclamante formula alegaciones en las que sostiene, en síntesis, que su madre tiene reconocida desde el 15 de febrero de 2012 una situación de dependencia, es incapaz de mantener la bipedestación y de caminar sin asistencia. Incide en que la paciente tenía aprobado el traslado en silla de ruedas de origen a destino en una ambulancia habilitada para tal efecto y que esto no se estaba realizando. Subraya que tampoco iba asegurada con un arnés para

evitar caídas o trasladada en camilla. Además indica que un paciente de estas características nunca debe quedar desatendido. Por ello concluye que hubo negligencia por parte del personal del Hospital Ramón y Cajal y en consecuencia responsabilidad patrimonial.

Constan en el expediente dos escritos del reclamante de 24 de junio de 2013 y de 26 de diciembre de 2013 instando la resolución del procedimiento.

Finalmente, con fecha 22 de enero de 2014, se formuló propuesta de resolución en el sentido de desestimar la reclamación patrimonial al no considerar acreditada la existencia de nexo causal entre los daños alegados y el funcionamiento del servicio público, pues la paciente *“no presentaba signos o patología de base que hicieran precisa la asistencia permanente y continua de otra persona”*.

CUARTO.- Remitido el expediente al Consejo Consultivo de la Comunidad para su preceptivo dictamen, al amparo de lo establecido en la Ley 6/2007, de 21 de diciembre, el 12 de marzo de 2014, su Comisión Permanente aprobó por unanimidad el Dictamen 103/14, concluyendo que procedía retrotraer el procedimiento *“ para que se acredite en debida forma la representación que el reclamante dice ostentar de R.P.M, para que se incorpore el informe sobre el ingreso en el hospital el día del accidente, así como para que los servicios implicados en la asistencia a la paciente informen sobre el protocolo de actuación del servicio de ambulancias y sus obligaciones en relación con los pacientes trasladados por dicho servicio y sobre las medidas de vigilancia y atención que según los protocolos deben adoptarse en relación con los pacientes que, encontrándose a cargo del hospital, presenten las circunstancias personales y patológicas de R.P.M.”*.

Tras el Dictamen 103/14 del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, se ha incorporado al procedimiento el informe de 22 de abril

de 2015, en el que el SUMMA 112 da cuenta sobre el protocolo de actuación del servicio de ambulancias y sus obligaciones en relación con los pacientes trasladados por dicho servicio.

En el mencionado informe, tras exponer para qué prestaciones sanitarias y qué tipos de pacientes hacen uso de la ambulancia, describe las competencias profesionales del personal. Subraya que *“la obligación del personal es vigilar y cuidar del paciente durante el traslado de forma que el desplazamiento se haga de forma y cuidadosa y correcta y una vez llegado al centro sanitario transferir el mismo a la institución sanitaria en aquellas áreas dispuestas para tal fin”*. Señala que esto aparece reflejado en el contrato sobre transporte sanitario que la empresa de ambulancias mantiene con la Administración, donde se indica expresamente que *“los traslados se realizarán...hasta el punto más idóneo del centro sanitario...”*.

En cuanto al conocimiento sobre la patología del paciente trasladado, disponible o conocida por el personal que realiza los traslados, se subraya que

“la empresa prestataria y su personal sólo reciben información muy sucinta sobre aspectos sanitarios del paciente y, como se ve, es una información, encaminada a llevar al paciente, una vez llegado al centro sanitario, al área de transferencia correspondiente”.

Y concluye que:

“Las áreas de transferencia de los hospitales para determinadas prestaciones asistenciales están preparadas para recibir a pacientes que acuden de forma ambulante a sus instalaciones, y son establecidas y administradas por los centros sanitarios.

Es obligación del personal de las ambulancias realizar las transferencias de los pacientes en dichas áreas con la profesionalidad exigible según su capacitación y usar los medios que se ponen a su disposición para asegurar dicho proceso”.

Figura en el expediente que el 7 de agosto de 2015 el hijo de la interesada presentó un escrito aportando el certificado de defunción de su madre y manifestando su intención de continuar la reclamación, subrogándose en la inicialmente presentada.

Consta en el expediente que se confirió un nuevo trámite de audiencia al reclamante y a la empresa de ambulancias.

El 19 de octubre de 2015 la empresa de ambulancias formuló alegaciones en las que reiteraba que el traslado se realizó sin ningún tipo de incidencia y que el director médico responsable del transporte sanitario, reconoce que la ambulancia realizó el traslado dentro de la normativa convencional de aplicación, por lo que entiende que no se le puede imputar la responsabilidad de la posterior caída de la paciente en el centro hospitalario

No consta en el expediente que el reclamante formulara alegaciones en el trámite conferido al efecto.

Con fecha 31 de octubre de 2015, se formuló propuesta de resolución en el sentido de desestimar la reclamación patrimonial al considerar que la paciente no presentaba signos o patología de base que hicieran precisar la asistencia continúa y permanente de alguna persona. Sostiene que se trató de un mero accidente-cuyo acaecimiento era imprevisible y no fue imputable (ni por acción ni por omisión) a los servicios públicos sanitarios *“no pesa sobre el personal sanitario el deber jurídico de atender y estar pendiente de los pacientes en todo tiempo y lugar (en este caso la atención sanitaria resultaría excesiva y*

desmesurada y hay que partir de la base de que los medios personales y materiales de que se disponen son limitados), salvo que por las especiales o excepcionales características de los pacientes así lo hagan preciso, que no concurrían en el caso de esta paciente”.

QUINTO.- Examinado el expediente administrativo, se dan por acreditados los siguientes hechos de relevancia para la resolución:

La paciente, de 83 años de edad en el momento de los hechos, con antecedentes de insuficiencia renal crónica avanzada en tratamiento con diálisis desde el año 2003 y accidentes cerebrovasculares en el año 1988 y posteriormente en 2011, quedando dependiente para la actividades de la vida diaria por lo que fue trasladada a una residencia. R.P.M. fue transportada el 17 de abril de 2012 por la empresa Ambulancias Alerta S.A desde la Clínica SEAR al Hospital Universitario Ramón y Cajal para recibir una sesión de diálisis. Según el informe de la empresa de ambulancias que obra en el expediente el traslado se realizó en una ambulancia individual y en camilla.

Cuando R.P.M. se encontraba sentada en silla de ruedas en la sala de espera de pacientes de ambulancias del Hospital Universitario Ramón y Cajal, esperando para ser trasladada por la celadora al Servicio de Hemodiálisis, cayó de la silla de ruedas golpeándose contra el suelo. Inmediatamente fue atendida por una trabajadora del Servicio de Información, Trabajo Social y Atención al Paciente. La mencionada trabajadora requirió el auxilio de un médico del Servicio de Geriátrica cuya consulta se encuentra al lado de la citada sala de esperas. La paciente presentaba una contusión en región frontotemporal derecha que sangraba abundantemente. Se quejaba de dolor costal y en las piernas. El médico del Servicio de Geriátrica realizó exploración de la paciente, sin apreciar datos de emergencia y solicitó una camilla para su

traslado al Servicio de Nefrología que había aceptado la asistencia médica urgente.

La paciente ingresa a las 14:24 horas en el Servicio de Urgencias por traumatismo facial y en rodilla derecha. Se anota que está consciente, que es sorda completamente y que presenta difícil exploración neurológica. Se solicita TAC cerebral y RX de rodilla derecha. Se avisa al Servicio de Cirugía Menor, que acude a valoración de paciente antiagregada con herida en la región ciliar derecha, edematosa, muy poco sangrante, con superficial hematoma en piel circundante. Se emite el juicio clínico de herida contusocortante y se pauta tratamiento y se realizan puntos de sutura.

A las 19:20 horas la paciente continúa sin cambios en su estado basal con apertura espontánea de ojos y reacción ante el dolor. El TAC se informa sin ninguna patología aguda en el momento y la RX no muestra líneas de fractura ni patología aguda. Al encontrarse la paciente clínica y hemodinámicamente estable se decide el alta con el juicio clínico de traumatismo craneoencefálico sin complicaciones, pautándose observación domiciliaria y control por su médico de Atención Primaria.

El 20 de abril de 2012 la paciente ingresa en el Servicio de Nefrología del Hospital Universitario Ramón y Cajal por un episodio de síncope tras sesión habitual de hemodiálisis asociado a malestar general de 2 días de evolución. Se anota que hace 2 días presentó caída con traumatismo craneoencefálico leve con tomografía craneal normal. Tras exploración y pruebas complementarias, se emite el juicio diagnóstico de sepsis de origen urinario. Se inicia antibioticoterapia intravenosa de amplio espectro con buena respuesta mejorando la situación hemodinámica y permaneciendo afebril. Durante el ingreso no presenta nuevo episodio de síncope. Se completa ciclo de 10 días de tratamiento con mejoría significativa de la situación clínica de la paciente. Se anota que la enferma sigue siendo dependiente para todas las actividades de la

vida diaria y que se recomienda su traslado a un Centro de apoyo de media estancia para que continúe recibiendo los cuidados que precisa. Se da el alta el día 14 de mayo de 2012.

Según el certificado de defunción aportado por el reclamante, la interesada falleció el día 19 de junio de 2012.

A la vista de estos antecedentes, formulamos las siguientes,

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid emite su dictamen preceptivo de acuerdo con el artículo 5.3.f a) de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, según el cual: *“3.En especial, la Comisión Jurídica Asesora deberá ser consultada por la Comunidad de Madrid en los siguientes asuntos (...) f) Expedientes tramitados por la Comunidad de Madrid, las entidades locales y las universidades públicas sobre: 1º Reclamaciones de responsabilidad patrimonial, cuando la cantidad reclamada sea igual o superior a 15.000 euros o cuando la cuantía sea indeterminada”*.

En el caso que nos ocupa, el reclamante no ha cifrado la cuantía de la indemnización por lo que al ser de cuantía indeterminada resulta preceptivo el dictamen de este órgano consultivo.

SEGUNDA.- R.P.M. ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial al amparo del artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo

Común (LRJ-PAC), dado su razonable interés en ser indemnizada por los perjuicios derivados de una caída producida en un centro sanitario de titularidad pública. Ahora bien, la perjudicada actuó representada por su hijo, sin que este haya acreditado debidamente la representación que ostentaba de su madre, si bien advertido este defecto en el Dictamen 103/14 del Consejo Consultivo, no consta sin embargo que la Administración sanitaria haya requerido la subsanación al reclamante, por lo que con su actitud ha creado en el mismo una confianza legítima, que impide que pueda verse perjudicado por esta forma de actuación de la Administración.

Ahora bien, al haberse producido el fallecimiento de la interesada durante la sustanciación del procedimiento, se plantea la posibilidad de la sucesión de su hijo en la reclamación, lo que resulta admisible a tenor de lo dispuesto en el artículo 31.3 de la LRJ-PAC: *“cuando la condición de interesado derivase de alguna relación jurídica transmisible, el derechohabiente sucederá en tal condición cualquiera que sea el estado del procedimiento”*. En este sentido se pronunció el Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, así el Dictamen 667/11, de 30 de noviembre; el Dictamen 623/11, de 10 de noviembre o el Dictamen 448/14, de 22 de octubre, entre otros.

En este caso, el reclamante, producido el fallecimiento de su familiar, incide en los términos del escrito inicial de reclamación y solicita que se dicte resolución o acuerdo indemnizatorio en base a lo señalado en el escrito inicial de reclamación por los perjuicios causados a su familiar. En estas circunstancias, en las que no se modifica la causa de pedir, no cabe sino considerar que se reclama a título sucesorio *“mortis causa”*, y reconocer una legitimación activa *“iure hereditatis”*.

Al tratarse de una subrogación en la acción interpuesta por la persona afectada por la supuesta deficiente asistencia sanitaria, es necesario que se solicite la aportación del título hereditario, pues no

basta con acreditar su relación de parentesco sino que es necesario que se acredite su condición de heredero, ya sea a título de sucesión intestada o testada. En este caso no consta que dicho requerimiento se haya efectuado por el instructor, creando en el hijo de la paciente fallecida una confianza legítima en que estaba acreditada su legitimación activa para reclamar. Por ello deberá requerírseles para que aporte el correspondiente título sucesorio en los términos contemplados por el Código Civil y la Ley de Enjuiciamiento Civil, antes de que se dicte la resolución que ponga fin al procedimiento.

La legitimación pasiva resulta indiscutible que corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que el accidente de la interesada se produjo en un hospital integrado dentro de la red sanitaria pública madrileña.

A tenor del artículo 142.5 de la LRJ-PAC, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, que se contará, cuando se trate de daños de carácter físico o psíquico, desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas. En el caso sujeto a examen, el accidente por el que se reclama tuvo lugar el día 17 de abril de 2012 y la reclamación se interpuso el día 24 de abril siguiente, por lo que indudablemente se habría formulado en plazo legal.

En la tramitación del procedimiento se han seguido los trámites legales y reglamentarios. Dicho procedimiento para la tramitación de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, se encuentra regulado en el título X de la LRJ-PAC (artículos 139 y siguientes), desarrollado en el citado RPRP. Se han recabado y evacuado los informes del subdirector de Gestión y Servicios Generales del Hospital Universitario Ramón y Cajal así como del Servicio de Geriatría y del Servicio de Información y Atención al Paciente del citado centro hospitalario. Igualmente se ha incorporado al procedimiento el informe del director médico responsable

del transporte sanitario del SUMMA 112. Asimismo, se ha dado trámite de audiencia al reclamante y a la empresa de ambulancias, de conformidad con los artículos 84 de la LRJ-PAC y 11 del RPRP. Finalmente se ha formulado la correspondiente propuesta de resolución, que junto con el resto del expediente ha sido remitida para el preceptivo dictamen de esta Comisión Jurídica Asesora.

TERCERA.- El instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración se reconoce en el artículo 106.2 de la Constitución Española, desarrollado por los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC, y supone el reconocimiento del derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos.

Según abundante y reiterada jurisprudencia, para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con 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 de los servicios públicos, en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran alterar dicho nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor, y d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

La responsabilidad de la Administración es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión, siendo imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, es que se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios, siendo fundamental para determinar la responsabilidad, no sólo la existencia de lesión, en el sentido de daño antijurídico, sino también la infracción de ese criterio básico, siendo obligación del profesional sanitario prestar la debida asistencia y no garantizar, en todo caso, el resultado.

CUARTA.- El daño que pudiera ser indemnizable resulta acreditado habida cuenta de las lesiones personales que sufrió la madre del reclamante con ocasión del accidente. En este sentido figura en la documentación examinada que como consecuencia de la caída, la interesada sufrió un traumatismo facial y en la rodilla derecha, respecto a los que se emitió el juicio clínico de herida contusocortante, no apreciándose, tras la realización de las pruebas diagnósticas oportunas, líneas de fractura ni patología aguda,. No resulta acreditado en el expediente, sin embargo, que la madre del reclamante sufriera una agravación de su estado como consecuencia del referido incidente, como sostiene el hijo, pues según se desprende del expediente, si bien es cierto que la paciente ingresó en el centro hospitalario unos días más tarde tras haber sufrido un episodio de síncope, lo cierto es que en ese momento se emitió el juicio diagnóstico de sepsis de origen urinario, sin ninguna relación por tanto con las lesiones sufridas en el accidente. Resulta de la historia clínica examinada que la madre del reclamante estaba aquejada de importantes patologías en el momento del accidente, sin que el reclamante haya aportado prueba alguna que acredite la relación entre el accidente y el fatal desenlace de su madre.

Por otro lado, no resulta controvertido, que la madre del reclamante sufrió una caída y que, según resulta de todos los informes incorporados al procedimiento, que el accidente ocurrió una vez realizado el traslado

por la ambulancia, cuando la paciente se encontraba en la zona establecida en el centro hospitalario para la espera de los pacientes que se desplazan en transporte sanitario. Así las cosas no resulta esencial analizar si dicho traslado en ambulancia se realizaba o no con las deficiencias que denuncia el reclamante, habida cuenta que resulta probado que el accidente ocurrió en el centro sanitario y no durante el traslado, y por tanto que no guarda nexo causal con el mismo.

En este punto, la empresa de ambulancias así como el SUMMA 112 han informado que su responsabilidad se circunscribe a la transferencia de los enfermos a las áreas de los centros hospitalarios preparadas para recibir a los pacientes que acuden de forma ambulante a sus instalaciones, quedando a partir de ese momento a cargo del personal del hospital. La citada información no ha sido contradicha por el centro hospitalario, por lo que cabe entender que la caída de la madre de la reclamante, al haberse producido una vez producido el traslado y encontrándose en el área de espera del hospital, no es responsabilidad del personal de ambulancias.

La propuesta de resolución considera que la caída de la paciente fue un accidente imprevisible y no imputable a los servicios públicos sanitarios, pues no concurrían en la paciente características especiales o excepcionales que hicieran precisa una asistencia constante y permanente por el personal sanitario. En relación con esta afirmación, ya expuso el Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid en su Dictamen 103/14, que se encontraba ayuna de todo fundamento médico científico, habida cuenta de que los diversos informes que se habían recabado en el curso del procedimiento no ofrecían ninguna explicación sobre las medidas de seguridad y vigilancia que conforme a los protocolos debían adoptarse en relación con los pacientes con las circunstancias personales y patologías de la madre del reclamante. Se ha de significar que, requerida la citada explicación por el Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, la Administración Sanitaria no

ha solicitado ni evacuado ningún informe en el sentido requerido, de manera que dicha falta de explicación debe recaer en perjuicio de la Administración.

En este punto cabe recordar, según señala la jurisprudencia, que *“probada la irregularidad, corresponde a la Administración justificar que, en realidad, actuó como le era exigible”*. En este sentido se manifiesta la Sentencia de la Sala Tercera del Tribunal Supremo de 26 de marzo de 2012, con cita de otras anteriores de la misma Sala y Sección como la de 27 de diciembre de 2011 o la 7 de julio de 2008, en las que se insiste en que así lo demanda el principio de la *“facilidad de la prueba”*, establecido por las sentencias de la misma Sala del Tribunal Supremo de 25 de abril de 2007 (recurso de casación 273/03) y de 2 de noviembre de 2007 (recurso de casación 9309/03) en el ámbito de la responsabilidad de los servicios sanitarios de las administraciones públicas, en las que se atribuye a la Administración, acreditado el daño por el reclamante, el deber de dar una explicación razonable de lo sucedido. Podemos reproducir por su claridad la Sentencia del Tribunal Supremo (Sala Tercera, Sección 6ª) de 27 de junio de 2008, que se pronuncia en los siguientes términos: *“(...) Es verdad que la carga de la prueba pesa sobre quien formula la pretensión indemnizatoria; pero es igualmente claro que en un caso como éste, con todos los indicios mencionados, la Administración no ha sido capaz de ofrecer una explicación satisfactoria de lo sucedido”*.

En este caso, la Administración sanitaria se ha limitado a exponer los hechos, sin aportar algún argumento, apreciación médica o razonamiento que pudiera poner en duda, en su caso, que el estado que presentaba la accidentada no requería de una especial atención. Como hemos expuesto tal falta de explicación, incluso después de haber sido solicitada por el Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, debe recaer en perjuicio de la Administración, y por tanto, nos lleva a estimar

la existencia de un daño indemnizable al haber existido una defectuosa atención a la paciente en el centro hospitalario.

QUINTA.- Procede por exigencias de lo dispuesto en el artículo 12 del RPRP, emitir dictamen sobre la concreta valoración de los daños solicitados.

Conforme a lo que hemos expuesto en la consideración anterior, solo pueden considerarse indemnizables las lesiones que sufrió la paciente como consecuencia del accidente, pues no resulta acreditado que el agravamiento de su familiar, que aduce el reclamante, fuera propiciado por la caída.

Así las cosas resulta del expediente que tras el incidente la paciente fue diagnosticada de herida facial contusocortante, por la que recibió puntos de sutura, y que aquejada de dolor costal y en la pierna derecha, sin embargo en las pruebas diagnósticas realizadas, TAC cerebral y RX de rodilla derecha no se apreció patología aguda ni líneas de fractura, por lo que simplemente se pautó observación domiciliaria y control por el médico de Atención Primaria, no precisando ingreso hospitalario.

Por lo expuesto, esta Comisión Jurídica Asesora considera que deberá resarcirse el daño en la cantidad global y actualizada de 600 euros, cifra a la que se llega después de ponderar el carácter leve de las lesiones producidas, un perjuicio estético ligero y que la paciente no preciso ingreso hospitalario como consecuencia del accidente.

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

CONCLUSIÓN

Procede estimar la reclamación de responsabilidad patrimonial indemnizando al reclamante con la cantidad de 600 euros, siempre y cuando acredite su condición de heredero de la interesada fallecida.

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 21 de abril de 2016

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 17/16

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid