

Dictamen n^o: **192/14**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **07.05.14**

DICTAMEN de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 7 de mayo de 2014, 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.G.V., sobre responsabilidad patrimonial de la Administración por la asistencia sanitaria dispensada por Servicio de Urgencias del Hospital Universitario 12 de Octubre, que considera deficiente.

ANTECEDENTES DE HECHO?

PRIMERO.- Por escrito presentado en el registro del Servicio Madrileño de Salud el día 28 de enero de 2013, se reclama responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria por el supuesto funcionamiento inadecuado del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario 12 de Octubre. Considera el interesado que se produjo un error en el diagnóstico de gastroenteritis cuando padecía un ictus que le ha dejado como secuelas pérdida de movilidad en el brazo y en la pierna.

Según expone, fue trasladado por el SAMUR desde su lugar de trabajo al hospital, por tensión elevada y niveles de glucosa altos, permaneció siete horas en el Servicio de Urgencias, transcurridas las cuales fue dado de alta con la recomendación de seguir una dieta blanda porque padecía una gastroenteritis aguda. Tres horas después, ya en su domicilio, fue preciso

avisar nuevamente al SAMUR *“cuando llegaron a casa me hicieron una revisión y la pierna izquierda y el brazo izquierdo no los podía mover, me pusieron medicación y me quedé más tranquilo, me indicaron que por la mañana fuese a mi médico porque se me había normalizado el azúcar y la tensión pero los vómitos seguían y me pusieron suero”*.

Al día siguiente, continuaba con vómitos y *“al intentar ponerme de pie no podía andar me caí al suelo y mi esposa fue a avisar al SAMUR y a otra ambulancia particular de un seguro que tengo en (...) y en la primera que llegó nos fuimos, nos preguntaron que dónde queríamos ir, la verdad como no me habían atendido nada bien en el 12 de octubre les dije que a la clínica A”*, donde le dijeron que había tenido dos ictus, permaneció ingresado durante quince días. Dice que sufre una pérdida de movilidad en el brazo del 95%.

No establece cuantía indemnizatoria. A la reclamación acompaña copia de diversos informes médicos y de un escrito de queja o reclamación, presentado en el Servicio Madrileño de Salud el 8 de enero de 2013 y la contestación al mismo por parte del Servicio de Responsabilidad Patrimonial, en el que se le comunica los requisitos que ha de reunir si pretende formular una reclamación de responsabilidad patrimonial.

SEGUNDO.- La historia clínica y la restante documentación médica obrante en el expediente, ponen de manifiesto los siguientes hechos:

El paciente, de 54 años de edad y antecedentes personales de diabetes mellitus 2 en tratamiento con antidiabéticos orales y vértigo periférico e hipoacusia residual por perforación del tímpano; el 16 de abril de 2012, a las 10:30 horas es atendido por SAMUR-Protección Civil, por mareo con malestar general de tres horas de evolución con cortejo vegetativo, vómitos y diarrea. En la exploración por el servicio de asistencia municipal no presenta dolor torácico, disnea, focalidad neurológica, ni giro de objetos. Se

encuentra consciente y orientado, con pares craneales normales y signos meníngeos negativos. Se diagnostica gastroenteritis aguda, mareo bradipsíquico, malestar general e ictericia.

Es trasladado al Hospital Universitario 12 de Octubre donde ingresa a las 11:30 horas en Urgencias por náuseas y vómitos, refiere que por la mañana tenía malestar general, vómitos y realizó tres deposiciones blandas.

A la exploración física el paciente se encuentra consciente y orientado, bien perfundido e hidratado, sin edemas en las extremidades. Se hacen analíticas de sangre y orina. Con el juicio clínico de diabetes no controlada y vómitos, recibe el alta a las 17:29 horas con la recomendación de acudir a su médico de cabecera para el control de la diabetes y ajuste del tratamiento, evitar el consumo de alcohol, dieta blanda con abundante hidratación oral, se indica un antiemético por si fuera preciso y si empeora volver a Urgencias.

Ese mismo día, a las 23:11 horas avisa al SUMMA 112 por vómitos de repetición y mareo con giro de objetos e inestabilidad, refiriendo haber sufrido episodios similares por tímpano izquierdo perforado. Es atendido en su domicilio por una dotación del servicio de emergencias de la Comunidad de Madrid. Se realiza exploración, la evaluación neurológica evidencia pupilas reactivas medias, consciente, sin focalidad neurológica. Se administra por vía intravenosa antipsicótico, antiemético y sodio cloruro. Se diagnostica vértigo periférico.

El 17 de abril de 2012 acudió a una clínica privada por persistencia de la sintomatología, acompañada de pérdida de fuerza de las extremidades izquierdas. La exploración neurológica es normal. Se realiza TAC craneal, que no muestra signos de hemorragia intracraneal y RMN cerebral, que refleja lesión de pequeño tamaño y de carácter agudo que afecta a la porción anterior y derecha del bulbo medular. Se le diagnosticó ictus de

origen aterotrombótico con importante paresia en las extremidades izquierdas, disartria e hipoestesia y permaneció ingresado hasta el día 27 del mismo. Durante su ingreso presentó hipertensión arterial que hubo de ser tratada con antihipertensivos y comenzó tratamiento rehabilitador.

Al alta requiere rehabilitación de forma intensiva, ambulatoria o ingresado en un centro. Se recomienda contactar con el asistente social de la zona para posible ayuda a domicilio, pues requiere ayuda constante, ya que no es capaz de realizar transferencias ni de mantenerse en bipedestación.

El 28 de abril de 2012, a las 19:47 horas acude a Urgencias del Hospital Universitario 12 de Octubre por presentar un cuadro de inicio agudo de vértigo e hipoestesia en la mano derecha de escasos treinta minutos de duración. La analítica no muestra alteraciones de relevancia, el TAC craneal sin datos de sangrado ni isquemia aguda, evidencia la hipodensidad del ictus protuberancia-bulbar anterior derecho previo y el electrocardiograma no evidencia alteraciones agudas sugerentes de isquemia. Se completa la exploración con una radiografía de tórax, se ajusta el tratamiento y se deja en observación.

El 29 de abril es reevaluado. A la exploración neurológica sólo se detectan alteraciones residuales de su ictus previo. Al mantenerse estable, sin nuevos episodios se decide el alta a su domicilio. Entre otras recomendaciones, se indica iniciar el tratamiento rehabilitador de forma precoz y control estricto de los factores de riesgo vascular por su médico de atención primaria.

El paciente siguió varias revisiones de tratamiento rehabilitador hasta el 19 de marzo de 2013 donde, tras comprobar la estabilidad clínica y funcional, y dado el tiempo de evolución de la lesión, se procedió al alta de

tratamiento en sala con secuelas. Se le prescribió ortesis antiequino y se le dio nueva cita en revisión en consulta.

Al alta el paciente no conseguía actividad contra gravedad en el miembro superior izquierdo, a nivel proximal en el miembro inferior izquierdo no conseguían vencer resistencia y a nivel distal no conseguía vencer gravedad en dicho miembro inferior izquierdo. Presentaba una marcha hemiparética espástica, con pie equino. Consegua salir de sedestación con independencia.

TERCERO.- Ante la reclamación se incoa procedimiento de responsabilidad patrimonial de la Administración. En fase de instrucción se han recabado los informes médicos que conforman la historia clínica del paciente y se han incorporado los informes de los servicios intervinientes en el proceso asistencial.

El subdirector de Enfermería Responsable de Atención al Usuario del SUMMA 112 informa que el 16 de abril de 2012, se atendió al reclamante en su domicilio tras una llamada realizada a las 23:11 horas por presentar vómitos de repetición y mareo con giro de objetos e inestabilidad, *“ya fue visto en urgencias por mismo motivo y alta”*, con episodios previos similares por tímpano izquierdo perforado, fue diagnosticado de vértigo periférico.

El informe de la coordinadora del Urgencias del Hospital Universitario 12 de Octubre pone de manifiesto que cuando el paciente acudió al hospital el 16 de abril de 2012 no presenta ninguna clínica que hiciera sospechar un déficit neurológico, por ello el tratamiento fue sintomático.

El informe de Rehabilitación del centro de especialidades Orcasitas expone la situación del paciente tras el ictus, el tratamiento rehabilitador seguido y las secuelas que padece.

Asimismo, se ha emitido informe por la Inspección Sanitaria, el médico inspector en las consideraciones médicas sobre el accidente cerebro vascular (ACV), entre otras manifestaciones, argumenta:

“Ante la sospecha de un ACV se debe hacer una exploración física que incluya la visión, los reflejos, los sentidos, la comprensión y el habla, la desorientación y la consciencia de lo que le está ocurriendo, controlando al paciente durante unas horas. Se debe hacer auscultación cardíaca en busca de algún soplo, así como exploración de carótidas y yugulares. Se medirá la tensión arterial y se realizará un electrocardiograma, si procede. La exploración de extremidades tanto superiores como inferiores, será de gran ayuda para sospechar el cuadro.

Un análisis básico nos informará sobre alteraciones analíticas de glucosa, colesterol, tiempo de sangría, etc. Exploraciones más sofisticadas confirmarán o no el diagnóstico de sospecha, destacando la Resonancia Magnética y la Tomografía Axial.

Los ACV deben ser considerados como una emergencia médica ya que cuanto más tiempo se tarde en tratar, las lesiones neurológicas serán más graves y permanentes.

El problema fundamental para el diagnóstico de ACV, es la presentación del mismo, pues tal y como hemos dicho, pueden desarrollarse en horas, comenzando con clínica totalmente anodina sin signos necrológicos de alarma.

En el caso del paciente, consideramos que el día que acudió a Urgencias, lo hizo a consecuencia de sensación de malestar, náuseas, vómitos y deposiciones blandas, con diabetes no controlada.

Tal y como consta en el informe del SAMUR, el día 16-4-11, el paciente estaba consciente, orientado, pares craneales normales, pupilas normorreactivas, carótidas normales, signos meníngeos negativos.

Cuando al día siguiente acudió a la Clínica A, fue a consecuencia de que el cuadro basal se mantenía pero empezaba a perder fuerza en extremidades inferiores, juntamente con sensación de giro de objetos. Tal y como consta en la exploración física neurológica que se le hizo en dicha clínica, no se detectó anomalía alguna, aunque sin embargo se le practicó un TAC craneal que no detectó signos de hemorragia, y se le hizo una RMN Cerebral detectándose una lesión que por sus características se trataría de una lesión de carácter isquémico. El paciente quedó ingresado sufriendo crisis hipertensivas que fueron controladas y se instauró un cuadro de hipoestésias de extremidades izquierdas. El paciente precisó de ayuda a domicilio ya que no mantenía la bipedestación.

Posteriormente el día 28-4-11, el paciente acudió al Hospital 12 de Octubre, siendo nuevamente evaluado de su situación residual provocado por el Ictus reciente que había tenido, siendo incluido en Rehabilitación, continuando con la misma durante meses”.

Concluye el informe que la asistencia prestada al paciente el día 16 de abril de 2011 en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario 12 de Octubre “no fue incorrecta para la sintomatología que presentaba”.

Por escrito 3 de septiembre de 2013, notificado el día 6 siguiente, en cumplimiento del procedimiento legalmente establecido, fue conferido trámite de audiencia al interesado, mediante remisión de copia del expediente, a fin de que pudiera efectuar las alegaciones que tuviera por convenientes. No consta la presentación de alegaciones en tiempo y forma.

El 28 de marzo de 2014 la secretaria general del Servicio Madrileño de Salud (por delegación de firma del viceconsejero de Asistencia Sanitaria en virtud de Resolución 6/2014, de 17 de marzo), propone desestimar íntegramente la reclamación de responsabilidad patrimonial, al quedar acreditada la adecuación de la *lex artis* prestada.

CUARTO.- Por el consejero de Sanidad, mediante escrito de 3 de abril de 2014, registrado de entrada el día 8 del mismo mes y que ha recibido el número de expediente 154/14, se formula preceptiva consulta a este Consejo Consultivo por trámite ordinario, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la Sección V, presidida por el Excmo. Sr. D. Ismael Bardisa Jordá, que firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberado y aprobado, por unanimidad, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo en su sesión de 7 de mayo de 2014.

El escrito solicitando el dictamen fue acompañado de la documentación, en soporte CD, que se consideró suficiente y de la que se ha dejado constancia en los anteriores antecedentes de hecho.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes,

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La solicitud de dictamen a este Consejo Consultivo resulta preceptiva, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 13.1.f).1º de la Ley 6/2007, de 21 de diciembre, reguladora del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid (en adelante LCC), por ser indeterminada la cuantía de la indemnización, y se efectúa por el Consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello, de conformidad con lo dispuesto en el artículo

14.1 de la citada Ley. Siendo preceptivo el dictamen, no tiene, sin embargo, carácter vinculante (artículo 3.3 LCC).

SEGUNDA.- Como resulta de los antecedentes, el procedimiento de responsabilidad patrimonial se inició a instancia de interesado, y su tramitación se encuentra regulada en los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC), desarrollados 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 (RPRP).

Ostenta el reclamante legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 139 LRJ-PAC, por ser la persona que sufre el daño supuestamente causado por la actuación sanitaria.

Asimismo, se encuentra legitimada pasivamente la Comunidad de Madrid, en la medida en que se hallan integrados en el servicio público madrileño de asistencia sanitaria, el Hospital Universitario 12 de Octubre y el SUMMA 112, supuestamente causantes del daño.

Por lo que al plazo para el ejercicio de la acción de responsabilidad se refiere, el derecho a reclamar prescribe al año desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o manifestarse su efecto lesivo. Tratándose de daños físicos o psíquicos a las personas el plazo deberá computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas (artículo 142.5 LRJ-PAC).

De acuerdo con los informes obrantes en el expediente las secuelas quedaron estabilizadas en marzo de 2013, por lo que se encuentra en plazo la reclamación presentada el 28 de enero de ese mismo año.

El procedimiento se ha instruido cumpliendo los trámites preceptivos previstos en la legislación mencionada en la anterior consideración. Especialmente, se ha procedido a la práctica de la prueba precisa, se ha recabado informe de los servicios cuyo funcionamiento han ocasionado el daño y se ha evacuado el trámite de audiencia exigido en los artículos 9, 10 y 11 del RPRP, respectivamente, y 82 y 84 LRJ-PAC.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas viene establecida, con el máximo rango normativo, por el artículo 106.2 de nuestra Constitución, a cuyo tenor: *"los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos"*. La regulación legal de esta responsabilidad está contenida en la actualidad en la LRJ-PAC y en el reglamento de desarrollo anteriormente mencionado, disposiciones que en definitiva vienen a reproducir la normativa prevista en los artículos 121 y 122 de la Ley de Expropiación Forzosa de 16 de diciembre de 1954, y el artículo 40 de la Ley de Régimen Jurídico de la Administración del Estado de 26 de julio de 1957. El artículo 139 de la citada LRJ-PAC dispone, en sus apartados 1 y 2, lo siguiente:

"1.- Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, 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.

2.- En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas".

Como señala la doctrina del Tribunal Supremo, que plantea el estado de la cuestión en responsabilidad patrimonial de la Administración en materia de asistencia sanitaria -Sentencias de 26 de junio (recurso 6/4429/04), 29 de abril (recurso 6/4791/06) y 15 de enero (recurso 6/8803/03) de 2008- 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 en relación a una persona o grupo de personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor. d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

Por otra parte, no puede olvidarse que en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración la carga de la prueba de los presupuestos que hacen nacer la responsabilidad indemnizatoria, salvo circunstancias concretas que no vienen al caso, recae en quien la reclama (Sentencias del Tribunal Supremo de 25 de julio de 2003 -recurso 1267/1999-, 30 de septiembre de 2003 -recurso 732/1999- y 11 de noviembre de 2004 -recurso 4067/2000- entre otras), si bien la doctrina jurisprudencial ha sentado la inversión de la carga de la prueba en los supuestos en que su práctica es sencilla para la Administración y complicada para el reclamante (así las Sentencias del Tribunal Supremo de 23 de octubre -recurso 3071/03- y 2 de noviembre de 2007 -recurso 9309/03- y 7 de julio de 2008 -recurso 3800/04-).

CUARTA.- Aplicando lo anterior al caso que nos ocupa, resulta acreditado mediante los informes médicos obrantes en el expediente que el interesado padeció un ictus del que le ha quedado como secuela marcha

hemiparética espástica con pie equino y dificultad de movimiento del brazo izquierdo, daños que son evaluables económicamente e individualizados en la persona del reclamante.

Procede pues, el análisis de si los daños guardan relación de causalidad con la actuación sanitaria dispensada. Para ello es preciso analizar si ésta se adecua a la *lex artis*, porque de acuerdo con una larga y consolidada jurisprudencia que se reitera en la citada Sentencia del Tribunal Supremo de 26 de junio de 2008,

“a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente”.

o lo que es lo mismo, la Administración sanitaria no puede constituirse en aseguradora universal y por tanto no cabe apreciar una responsabilidad basada en la exclusiva producción de un resultado dañoso.

Reprocha el reclamante la atención sanitaria recibida tanto por el Hospital 12 de Octubre como por el SUMMA 112, que le atendió el mismo día con posterioridad a haber sido dado de alta en el citado hospital.

Este Consejo carece de elementos de juicio que impiden valorar si la asistencia prestada por el SUMMA 112 fue o no ajustada a la *lex artis*. El informe de la Inspección Sanitaria sólo se pronuncia sobre la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital 12 de Octubre el día 16 de abril de 2012, cuando el paciente fue trasladado por el SAMUR, pero no efectúa valoración alguna en el cuerpo de su informe, ni en las consideraciones

médicas ni en la conclusión, en relación a cuando el paciente fue asistido en su casa por el SUMMA 112.

Según obra en la historia clínica cuando es asistido por este servicio, a la sintomatología que ya presentaba (mareo con malestar general, vómitos y diarrea), se añade giro de objetos e inestabilidad. Sin embargo, en el informe no se efectúa ninguna valoración médica de esta nueva sintomatología, ni, en general de la actuación del SUMMA 112.

Este Consejo Consultivo entiende que, en vista de la insuficiencia del informe de la Inspección Sanitaria obrante en el expediente, procede, para emitir dictamen con máximas garantías de acierto, solicitar y obtener de la Inspección Sanitaria, un informe complementario en el que se pronuncie sobre los siguientes extremos:

1º. Si, a la vista de la nueva sintomatología referida al consultar al SUMMA 112, específicamente al mareo con giro de objetos e inestabilidad, la asistencia sanitaria prestada por este servicio fue correcta.

2º. Si con la sintomatología que presentaba el paciente en el momento de ser atendido por el SUMMA 112 pudiera haberse sospechado que el paciente presentaba un ictus y, en este supuesto, si el retraso en haberse diagnosticado el ictus tiene repercusión en el alcance de las secuelas padecidas.

3º. Si el paciente hubiera debido ser trasladado a un centro sanitario para la realización de pruebas complementarias.

Con posterioridad a la emisión del informe solicitado deberá darse audiencia al interesado, elaborarse nueva propuesta de resolución y remitir el expediente completo para la emisión de nuevo dictamen por este Órgano Consultivo.

En mérito a cuanto antecede, el Consejo Consultivo formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede retrotraer el expediente para la emisión del informe complementario solicitado a la Inspección Sanitaria.

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, 7 de mayo de 2014

