

Dictamen nº: **536/19**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **12.12.19**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por unanimidad en su sesión de 12 de diciembre de 2019, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en relación con la reclamación formulada por D. (en adelante “el reclamante”), asistido de un abogado, por los daños y perjuicios que atribuyen a la deficiente asistencia sanitaria prestada por el SUMMA 112 y el Hospital Universitario de Fuenlabrada –en adelante, HUF- en relación con el retraso en el diagnóstico de una hemorragia cerebral.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Con fecha 6 de abril de 2017, un abogado en nombre de la persona citada en el encabezamiento presenta un escrito de reclamación por responsabilidad patrimonial como consecuencia de la deficiente asistencia sanitaria recibida por parte del SUMMA 112 y del HUF. El día 7 de septiembre de 2017 el reclamante presenta un escrito de reclamación de idéntico contenido.

Expone que el día 10 de noviembre de 2016, de madrugada, su mujer notó que él no se encontraba bien, le preguntó por su estado

pero no pudo responder por encontrarse en estado de inconsciencia por lo que su esposa llamó a las 4.30 h al SUMMA112, que envió personal médico a su domicilio donde permanecieron no más de diez minutos y le diagnosticaron hipertensión arterial benigna. Añade que los facultativos se marcharon cuando aún no se había recuperado del todo, omitiendo el traslado al hospital para realizar un scanner que hubiese arrojado un verdadero diagnóstico de la gravedad sobre su estado de salud.

Prosigue señalando que durante todo el día 10 de noviembre estuvo en su domicilio en estado de semiinconsciencia y no manifestaba ninguna mejoría, por lo que el mismo día sobre las 18.00 h, su mujer le llevó a Urgencias del HUF, donde permaneció hasta las 1.58 h de la madrugada del día 11 de noviembre, recibiendo el alta con la indicación de continuar un tratamiento de control con su médico de cabecera.

A continuación refiere que el día 11 de noviembre sobre las 11.00 h fue al médico de cabecera que le remitió al HUF donde le diagnostican una hemorragia cerebral y decidieron el traslado en una UVI móvil al Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda donde permaneció ingresado hasta el día 28 de noviembre de 2016 con indicación de permanecer bajo control por un periodo inicial de seis meses.

Cuantifica el importe de la indemnización en 30.000 €.

Acompaña al escrito de reclamación la documentación médica acreditativa de la asistencia prestada en las fechas indicadas.

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

El día 10 de noviembre de 2016 el reclamante, de 48 años de edad en el momento de los hechos, fue atendido en su domicilio por el SUMMA 112 que tras efectuar una exploración “primaria” efectúa un diagnóstico de hipertensión arterial benigna con tratamiento farmacológico y fluidoterapia.

El mismo día a las 18.41 h acude al Servicio de Urgencias del HUF donde tras realizarle un ecocardiograma, analítica de sangre, exploración neurológica sin focalidad, sin signos meníngeos ni otros hallazgos a la exploración y de un periodo de observación, recibe el alta a la 1:58 h con diagnóstico de urgencia hipertensiva resuelta y tratamiento farmacológico con indicación de control y ajuste por su médico de Atención Primaria.

El día 11 de noviembre de 2016 a las 16:08 h acude de nuevo al Servicio de Urgencias del HUF. En el informe de alta figura como motivo de consulta “*crisis hipertensiva*” y consta que el paciente ha acudido previamente al Centro de Salud objetivándose una tensión arterial 230/120, recibiendo captopril 25+25+25 mg, y que en la ambulancia se ha administrado medicación, con tensión arterial posterior 180/120. Se realiza exploración física y distintas pruebas complementarias: electrocardiograma, analítica, y TC cerebral sin contraste, con diagnóstico de “*importante hemorragia intraventricular que ocupa todo el ventrículo lateral derecho, porción declive del ventrículo lateral izquierdo, tercer ventrículo y cuarto ventrículo (...)*”.

Consta el aviso para traslado al Hospital Universitario Puerta de Hierro en UVI móvil.

El mismo día 11 de noviembre de 2016 ingresa en el Servicio de Neurología del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda donde permanece hasta el día 28 de noviembre de 2016 en que es dado de alta con el diagnóstico de “*hemorragia*

interventricular en contexto de hipertensión arterial con control inadecuado (ventrículo lateral derecho)- arteriografía cerebral sin alteraciones-. Hipertensión arterial mal controlada. Emergencia hipertensiva.”

Constan informes de seguimiento del Servicio Endocrinología y Nutrición de 1 de marzo de 2017, y del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Puerta de Hierro de 13 de enero y 21 de abril de 2017.

TERCERO.- A raíz de la formulación del escrito de reclamación, se ha instruido el procedimiento de responsabilidad patrimonial conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica del reclamante.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 81 de la LPAC se ha recabado el informe del SUMMA 112 y del Servicio de Urgencias del HUF.

El informe emitido por el SUMMA 112 identifica la unidad y facultativo que asistieron al paciente el día 10 de noviembre de 2016 a las 4.57 h en su domicilio. Indica que fue valorado como hipertensión arterial benigna y se le pautó tratamiento antihipertensivo y antivertiginoso, ya que no presentaba otros signos de gravedad. Añade que “*de hecho*” el paciente acudió el mismo día al HUF por persistencia de síntomas y tras unas horas en observación fue dado de alta con el juicio de diagnóstico de urgencia hipertensiva.

Concluye señalando que por todo ello y a la vista de los informes, la asistencia del médico del SUMMA -112 que le atendió en su

domicilio inicialmente es conforme a los protocolos habituales de actuación en estos casos.

El informe emitido por el Servicio de Urgencias del HUF describe las actuaciones y pruebas realizadas al reclamante en las dos ocasiones en que acudió a dicho Servicio. A continuación explica que la causa más frecuente de la hemorragia cerebral es la hipertensión arterial, y que la clínica puede ser de inicio brusco o progresivo, con cefalea, alteración del nivel de conciencia y focalidad neurológica. Indica que “*cuando se valora a un paciente con cifras elevadas de tensión arterial, los datos clínicos a considerar para descartar daño orgánico asociado, y por tanto emergencia hipertensiva son: afectación del estado mental del paciente, focalidad neurológica, alteración visual o crisis, clínica cardiológica, alteración en electrocardiograma, hematuria, elevación urea y/o creatinina plasmáticas, dolor torácico o abdominal.*

En la primera valoración en urgencias presentaba elevación de cifras de tensión arterial > 180/120 mm Hg, que se verificó tras cinco minutos de reposo, sin datos de focalidad neurológica a la exploración, por lo que se manejó como urgencia hipertensiva, sin datos de daño orgánico, con descenso lento y progresivo, hasta control de cifras tensionales.

En su segunda valoración, ante asociación de síntomas con la elevación de tensión arterial (náuseas y vómitos y alteración del nivel de conciencia) se solicitó la prueba de imagen para descartar afectación de órgano diana por la elevación de la tensión arterial (el objetivo es descartar encefalopatía hipertensiva y accidente cerebrovascular isquémico o hemorrágico)”.

Finalmente, el informe de la Inspección Sanitaria, tras analizar la historia clínica y los informes emitidos efectúa una serie de

consideraciones médicas y concluye que la asistencia sanitaria ha sido correcta.

Tras la incorporación al procedimiento de los anteriores informes y de la historia clínica, evacuado el oportuno trámite de audiencia, el abogado del reclamante presenta escrito de alegaciones en el que, en síntesis, reitera el contenido del escrito inicial de reclamación.

Finalmente, el viceconsejero de Sanidad ha formulado propuesta de resolución de 12 de agosto de 2019 en el sentido de desestimar la reclamación por no concurrir los presupuestos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración.

CUARTO.- Por escrito del consejero de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 10 de septiembre de 2019 se formuló preceptiva consulta a este órgano.

Ha correspondido su estudio, por reparto de asuntos, a la letrada vocal D. ^a Laura Cebrián Herranz, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 12 de diciembre de 2019.

La solicitud del dictamen fue acompañada de la documentación que se consideró suficiente.

A la vista de estos antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, por

ser la reclamación de responsabilidad patrimonial superior a 15.000 euros y a solicitud de un órgano legitimado para ello a tenor del artículo 18.3 del Reglamento de Organización y funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por Decreto 5/2016, de 19 de enero (ROFCJA).

SEGUNDA.-La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada, según consta en los antecedentes, ha de ajustarse a lo dispuesto en la LPAC, al haberse iniciado con posterioridad a su entrada en vigor, en virtud de lo dispuesto en la disposición transitoria tercera de esta ley.

El reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial al amparo del artículo 4 de la LPAC en relación con el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP) y por tanto, para reclamar los daños que según afirma, le han producido la asistencia sanitaria recibida.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, por cuanto el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado por el SUMMA 112 y por un centro sanitario público de su red asistencial.

En cuanto al plazo, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, a tenor del artículo 67.1 de la LPAC, tienen un plazo de prescripción de un año desde la producción del hecho que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo, que se contará, en el caso de daños de carácter físico o psíquico, desde la curación o la fecha de determinación del alcance de las secuelas.

En el caso sometido a dictamen, los hechos se producen los días 10 y 11 de noviembre de 2016 por lo que no cabe duda de que la

presentación de la reclamación administrativa el día 6 de abril de 2017 tuvo lugar dentro del plazo legal con independencia de la determinación del alcance de las secuelas.

El procedimiento seguido no adolece de ningún defecto de anulabilidad o nulidad, por cuanto se han llevado a cabo todas las actuaciones necesarias para alcanzar adecuadamente la finalidad procedural y, así, se han solicitado los informes preceptivos previstos en el artículo 81 LPAC.

También consta haberse solicitado informe a la Inspección Sanitaria, y se ha incorporado al procedimiento la historia clínica.

Después de la incorporación al procedimiento de los anteriores informes se ha dado audiencia al reclamante, que ha efectuado alegaciones. Por último se ha formulado la oportuna propuesta de resolución.

TERCERA.- 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 la actualidad tanto en la LPAC como en la LRJSP, exige, según una constante y reiterada jurisprudencia, una serie de requisitos, destacando la sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2014 (recurso 4160/2011) que, conforme el artículo 32 de la LRJSP, es necesario que concurra:

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 cabalmente causado por su propia conducta.

Igualmente exige la jurisprudencia el requisito de la antijuridicidad del daño que consiste, no en que la actuación de la Administración sea contraria a derecho, sino que el particular no tenga una obligación de soportar dicho daño [así sentencias de 1 de julio de 2009 (recurso 1515/2005) y de 31 de marzo de 2014 (recurso 3021/2011)].

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, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 18 de septiembre de 2017 (recurso 787/2015), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, “*en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis, que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. Así pues, sólo en el caso de que se produzca una infracción de dicha lex artis respondería la Administración de los daños*

causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos por lo que deberían ser soportados por el perjudicado”.

CUARTA.- En el presente caso, el reclamante considera que hubo una negligencia médica porque tanto el SUMMA 112 como el Servicio de Urgencias del HUF en su primera visita el día de los hechos no detectaron la hemorragia cerebral que estaba padeciendo.

Ha de destacarse sin embargo que, aunque no se diagnosticara la hemorragia por el SUMMA 112 y tampoco en esa primera atención en el Servicio de Urgencias, ello no quiere decir que proceda declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración.

El diagnóstico clínico se realiza en función de los síntomas que presenta el paciente y que permiten al facultativo decidir la realización de pruebas diagnósticas que, a su vez, perfilan el diagnóstico final.

Como destaca la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 26 de abril de 2018 (recurso 75/2017):

“La fase de diagnóstico es una de las más importantes y difíciles de la práctica médica a la que se llega después de un proceso de aproximaciones sucesivas que requiere del examen de la historia clínica, la exploración física y las pruebas complementarias pertinentes al caso y que se efectúan progresivamente para llegar al diagnóstico concreto. Se trata de un proceso complejo en el que intervienen muchos factores y en sus primeras fases resulta difícil poder hablar de un error, dado que determinadas sintomatologías pueden sugerir diversas patologías que deben ser, o no, descartadas. No obstante lo anterior, respecto al error de diagnóstico es importante advertir que para que éste sea generador de responsabilidad es necesario que atendidas las

circunstancias del caso y en particular el estado de conocimiento de la ciencia en el momento de producirse el evento lesivo, pueda afirmarse que resultaba factible para el servicio sanitario realizar dicho diagnóstico y que el mismo, de haberse realizado, posibilitara alguna oportunidad de curación. En definitiva es necesario que la falta de diagnóstico, o bien su error o su retraso sea imputable a la Administración y por ello sea determinante de la lesión del derecho del paciente a un diagnóstico correcto en tiempo oportuno.

El error de diagnóstico es fuente de responsabilidad patrimonial de la Administración, por incumplimiento de la obligación de aplicar las técnicas sanitarias en función del proceso a conocimiento de la práctica médica.

Ahora bien, no todo error de diagnóstico da lugar a responsabilidad y ha de insistirse en que, para que ello suceda, es necesario que como consecuencia del error no se haya procurado al paciente la asistencia sanitaria exigible”.

En este caso la imputación del daño al servicio público se objetiva como omisión de medios que llevó a que se emitiera un diagnóstico erróneo, y la determinación de si se adoptaron las medidas necesarias para llegar al diagnóstico correcto de la enfermedad del reclamante y si la asistencia sanitaria fue conforme a la *lex artis* se convierten en las cuestiones a examinar.

Para determinar la supuesta infracción de la *lex artis* debemos partir de la regla general de que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido se ha pronunciado la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid

de 5 de junio de 2017 (recurso 909/2014), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

Es, por tanto, al reclamante a quien incumbe probar mediante medios idóneos que la asistencia que le fue prestada no fue conforme a la *lex artis*, entendiendo por medios probatorios idóneos según la Sentencia de 15 de noviembre de 2018 del Tribunal Superior de Madrid (recurso: 462/2017) “*los informes periciales e informes técnicos incorporados a los autos y al expediente administrativo, pues se está ante una cuestión eminentemente técnica y en los cuales necesariamente debe apoyarse el tribunal a la hora de resolver las cuestiones planteadas*”.

Pues bien, en este caso el reclamante, a quien incumbe la carga de la prueba, no ha incorporado al procedimiento ningún tipo de acreditación de que la atención que le fue dispensada fuera contraria a la *lex artis*, sin que sirvan a este propósito las afirmaciones contenidas en el escrito de reclamación sin sustento probatorio alguno.

Ante esta falta de esfuerzo probatorio, los informes de los servicios que intervinieron en la asistencia sanitaria prestada al reclamante y el informe de la Inspección Sanitaria sostienen que la atención dispensada fue conforme a la *lex artis*.

Afirma el inspector médico que “*antes de prescribir un tratamiento es necesario hacer un diagnóstico fiable, sobre todo si concurren circunstancias que puedan ocultarla como es el actual, ya que la hemorragia se establece lentamente, con cefalea no intensa sin síntomas de debilidad, con facultad para hablar, sin afectación visual, con movimientos normales de los ojos, sin convulsiones ni pérdida de conciencia y sin vómitos reiterativos*.

El día 10 de noviembre el Sr (...) fue explorado en el Servicio de Urgencia del HU de Fuenlabrada por crisis hipertensiva (después de ser atendido por el SUMMA en su domicilio) no encontrándose signos neurológicos de focalidad.

El 11 de noviembre de 2016 fue explorado por segunda vez en el mismo servicio y basándose en el empeoramiento de la cefalea y un vómito se decide realizar un TC craneal que revela la hemorragia intracerebral que padece el paciente.

Por tanto, en mi opinión, la asistencia sanitaria ha sido correcta llegando al diagnóstico definitivo mediante sospecha de unos signos y síntomas que no presentaban focalidad neurológica”.

En este sentido, como señala la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, de 6 de noviembre de 2013, recurso 729/2010: “*No basta con afirmar que para un diagnóstico más certero de una patología debían haberse realizado otras pruebas diagnósticas hasta agotarse todas las posibilidades diagnósticas, pues una vez diagnosticada una patología y a la vista de todas las circunstancias concurrentes en el caso es más fácil afirmar que debieron efectuarse más pruebas diagnósticas. Pero se olvida que los servicios sanitarios públicos actúan y proponen medios diagnósticos a la vista de los síntomas que los pacientes refieren, pues no es admisible que quien entra en el Servicio de Urgencias o en otras dependencias agoten sin más indicios todas las múltiples pruebas diagnósticas y múltiples patologías sin que los síntomas que se tengan exijan su realización*”. En el mismo sentido se ha pronunciado la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 28 de abril de 2017 (recurso 133/2014).

Procede además tener presente que la asistencia médica ha de atender a las circunstancias de la asistencia y a los síntomas del

enfermo, mediante un juicio *ex ante* y no *ex post*. Así lo ha manifestado el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en Sentencia de 4 de abril de 2017 (recurso 532/2015) según la cual:

*“No es correcto realizar una interpretación de lo acontecido conociendo el resultado final. La calificación de una praxis asistencial como buena o mala no debe realizarse por un juicio “ex post”, sino por un juicio *ex ante*, es decir, si con los datos disponibles en el momento en que se adopta una decisión sobre la diagnosis o tratamiento puede considerarse que tal decisión es adecuada a la clínica que presenta el paciente”.*

Ha de recordarse que la actuación sanitaria que se analiza era la de un Servicio de Urgencias. 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 establece en su Anexo IV que la atención en los servicios de Urgencias es aquella “*(...) que se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata*” de tal forma que “*Una vez atendida la situación de urgencia, se procederá al alta de los pacientes o a su derivación al nivel asistencial más adecuado y, cuando la gravedad de la situación así lo requiera, al internamiento hospitalario, con los informes clínicos pertinentes para garantizar la continuidad asistencial*”.

En definitiva, en el presente caso el reclamante no ha presentado prueba alguna que ponga de manifiesto la infracción de la *lex artis*. Por el contrario, a la luz de los informes y de la documentación obrante en el expediente, cabe concluir que la atención médica prestada al interesado fue adecuada a la práctica médica y a la sintomatología que presentaba, de manera que no cabe apreciar falta de medios como fundamento de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la presente reclamación al no haber quedado acreditada la infracción de la *lex artis* en la atención dispensada al paciente. 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 12 de diciembre de 2019

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 536/19

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid