

Dictamen nº: **551/20**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **15.12.20**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 15 de diciembre de 2020, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por D., por error de diagnóstico por parte del Centro de Salud Medialagua y del SUMMA 112.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 21 de mayo de 2019, la persona citada en el encabezamiento presenta en el registro de la Consejería de Sanidad una reclamación de responsabilidad patrimonial en la que relata que el 5 de julio de 2017 solicitó asistencia sanitaria domiciliaria al presentar un cuadro de vómitos, “*que a posteriori adquirieron la tonalidad fosforito*”, diarrea, abundante número de deposiciones, debilidad e inestabilidad en las piernas que le impedía acudir al ambulatorio.

Refiere que, una vez personado el médico en el domicilio fue diagnosticado de gastroenteritis y le prescribió dieta blanda, reposo y analgésico en caso de fiebre, pero ante la persistencia y agravamiento de los síntomas, el 8 de julio llamó al SUMMA y se personaron en el

domicilio un médico, un enfermero y dos ATS que le administraron suero por vía intravenosa y *“aunque se les comunico que las deposiciones tenían tonalidad verde fosforito, ratificaron el diagnóstico”*.

A continuación expresa que en la madrugada del día 10 de julio además de persistir los síntomas anteriormente señalados dejó de sentir las piernas y presentó fiebre por debajo de 35° por lo que llamó al 112 y *“tras una larga y agria disputa”* enviaron una ambulancia, sin servicio médico, que lo trasladó inmediatamente a Urgencias del Hospital General Universitario Gregorio Marañón donde fue diagnosticado de aneurisma de aorta intrarenal asociado a trombosis arterial de miembro inferior izquierdo por salmonelosis, quedó ingresado con pronóstico muy grave, se le practicó un by pass aorto bifemoral derecho y tuvo que permanecer 17 días en la Unidad de Reanimación y 65 días en el centro hospitalario recibiendo *“alta médica con seguimiento de todas las secuelas por las distintas especialidades y control integral por parte del servicio médico de Atención Primaria”*.

Indica también en la reclamación que el Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social le ha reconocido una incapacidad permanente absoluta y la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad le ha concedido un grado de discapacidad del 48%.

Considera que hubo error de diagnóstico por parte del Centro de Salud y del SUMMA y reprocha también que el 10 de julio el SUMMA no enviara un facultativo.

Solicita copia de la póliza de seguro del SERMAS y una indemnización que no cuantifica.

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

El paciente, nacido en el año 1959, el 7 de julio de 2017 (y no el 5 de julio de 2017 como señala el reclamante en la reclamación) es visto en su domicilio por el médico del Centro de Salud Arroyo Medialegua por vómitos, diarrea y fiebre no superior a 38°. En la exploración física el paciente se encuentra normohidratado, constantes normales, auscultación cardiopulmonar sin alteraciones y abdomen con aumento del peristaltismo, sin fiebre y sin dolor. Se pauta continuar con hidratación oral con limonada alcalina, probióticos, paracetamol, si fiebre, y dieta blanda.

El 8 de Julio a las 10.54, se recibe una llamada en el Centro Coordinador de Urgencias del SUMMA 112. El alertante refiere gastroenteritis desde hace 5 días, con múltiples y abundantes deposiciones líquidas, astenia intensa, no tolera bipedestación y muy diaforético. La médica que atendió la llamada activó como recurso asistencial una Unidad de Soporte Vital Avanzado.

Ya en el domicilio el facultativo realiza la exploración física del paciente. Se encuentra consciente y orientado, sin focalidad neurológica, eupneico en reposo, sequedad de piel y mucosas, abdomen blando, depresible, con ligero dolor difuso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, pulsos periféricos palpables y simétricos. *“Monitorización tensional con valores de TAM > 104 (salvo una toma aislada de 62 mmHg. FC 112 lpm, glucosa 195 mgr/dl” En el monitor electrocardiográfico el paciente presentaba un EKG en ritmo sinusal”*.

Se le pautó y administró in situ un tratamiento con suero salino isotónico 500 ml iv y 10 mgr de metoclopramida IV. Se recomendó rehidratación oral, dieta astringente y probióticos, control por su médico de Atención Primaria y, si precisa, acudir a Urgencias. Se le explican los síntomas de alarma y se objetiva mejoría clínica tras sueroterapia.

El día 10 de Julio de 2017 el paciente realiza nueva llamada al SUMMA 112, por hipotermia, mialgias, visto por el SUMMA y diagnosticado de gastroenteritis aguda y ante un posible empeoramiento clínico se envía una ambulancia urgente que traslada al paciente al Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Ingresa en Urgencias del Hospital General Universitario Gregorio Marañón con malestar general por gastroenteritis en los últimos días en relación al consumo de huevos. Se canaliza vía y se extrae analítica de sangre. El paciente se encuentra muy ansioso y refiere que no siente los miembros inferiores. La analítica es sugerente de episodio de deshidratación. En la exploración presenta livideces desde abdomen hasta ambos miembros inferiores, con dolor y otros datos de isquemia aguda.

Se realiza un TAC y prueba de imagen que informan de dilatación aneurismática y trombosis completa de aorta abdominal infrarrenal con repermeabilización filiforme en arterias iliacas comunes y permeabilidad del resto de ramas principales y marcada ateromatosis calcificada. Se realiza intervención quirúrgica con by-pass axilobifemoral derecho.

Tras la intervención quirúrgica ingresa en Reanimación con pulso pedio palpable, filiforme en arteria pedía derecha, no palpable en pie izquierdo.

En el postoperatorio presenta síndrome de fallo multiorgánico con inestabilidad hemodinámica y necesidad de soporte vasoactivo, noradrenalina, transfusión de hemoderivados y tratamiento con antihipertensivos; fallo renal agudo que requirió depuración extracorpórea mediante diafiltración venovenosa continua y dos sesiones de depuración con cartuchos de polimixina; shock séptico, por salmonella spp.

Permaneció en Reanimación sedoanalgesiado con exploración neurología normal pero cuando se le extubó se observó recuperación motora parcial en miembro inferior izquierdo.

En el TAC realizado el 23 de julio de 2017 se informa de posible ileo paralítico y pequeña cantidad de líquido libre intraperitoneal.

El 24 de julio de 2017 se realiza un EMG que muestra denervación aguda abundante en territorios de ambos nervios obturadores y en musculo iliopsoas derecho, lesión axonal focal limitada a ambos nervios obturadores y de la inervación del músculo, iliopsoas derecho sin actividad voluntaria.

El 26 de julio de 2017 recibe alta en Reanimación e ingresa en planta de Cirugía Vascular con juicio clínico de trombosis de aorta abdominal intrarrenal, posoperatorio de bypass axilobifemoral derecho, intoxicación alimentaria por salmonelosis y recomendaciones de seguimiento de la evolución en Cirugía General y Nefrología, e hidratación.

Durante su estancia en planta de Cirugía General se interconsulta y es asistido por los servicios de Nutrición, Nefrología y Rehabilitación.

El 11 de agosto de 2017 se objetiva dehiscencia de herida quirúrgica y se decide ingreso en planta de Medicina Interna.

El 7 de septiembre de 2017 se realiza electromiografía que muestra datos de afectación neuromuscular periférica generalizada con predominio de afectación leve en la actividad muscular, incluyendo territorios proximales. De forma añadida las conducciones nerviosas sensitivas de miembros inferiores muestran datos de polineuropatía con lesión axonal leve. *“En conclusión estos hallazgos son compatibles con una enfermedad neuromuscular del enfermo crítico con claro predominio miopático”*.

A lo largo del ingreso hospitalario presentó una polineuropatía axonal del enfermo crónico tratada en Rehabilitación adonde acude con mejoría progresiva de la fuerza en miembros inferiores (folio 432).

El 26 de septiembre de 2017, Rehabilitación informa que presenta progreso adecuado consiguiendo deambulación autónoma y salvar escaleras.

Con estabilidad clínica y recuperación funcional recibe alta el 28 de septiembre de 2017, con traslado a domicilio.

Al día siguiente de recibir el alta, al 28 de septiembre de 2017 el médico de Atención Primaria acude al domicilio del paciente para control de Sintrom y cura de heridas en zona sacra.

El 26 de octubre de 2017 acude a revisión al Hospital General Universitario Gregorio Marañón. El paciente se encuentra consciente, orientado y colaborador. Se realiza exploración en sedestación y presenta hipoatrofia muscular generalizada en cuatro extremidades. Miembros superiores funcionales. Puño y pinza con todos los dedos, temblor intencional, aunque consigue coger objetos de pequeño calibre. En miembros inferiores tono disminuido de forma global. Control de tronco en sedestación, transferencias de manera autónoma con autoapoyo, bipedestación estable, marcha sin ayudas técnicas, consigue puntillas, talones y apoyo monopodal inestable. Sensibilidad táctil simétrica en miembros inferiores, propioceptiva fallo 2/10 en pie izquierdo y resto normal. Se pauta Lyrica, revisión en un mes y se explican ejercicios de terapia de mesa y de miembros inferiores.

El 11 de enero de 2018 acude a revisión a Rehabilitación del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. El paciente realiza de manera independiente las actividades de su vida diaria, sale a caminar todos los días, refiere sentarse en asiento acolchado, si no aparición de dolor en

sedestación en región sacrococcigea y glútea, en probable relación con falta de musculatura a ese nivel.

En el dictamen técnico facultativo del equipo de valoración y orientación del Centro Base nº 7 de la Comunidad de Madrid emitido en la Junta celebrada el día 12 de marzo de 2018 se reconoce al reclamante un grado total de discapacidad del 48% con *“baremo de movilidad negativo (4), no alcanza el mínimo requerido”*.

TERCERO.- Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del expediente, conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC).

Figura en el expediente la historia clínica del paciente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (folios 16 a 579) y del Centro de Salud Arroyo Medialagua (folios 580 a 610)

El 25 de julio de 2019 se requirió al reclamante para que indicara, el motivo por el que consideraba que la reclamación no se hallaba prescrita, la cuantía económica de la indemnización solicitada y acompañara documentación acreditativa del reconocimiento de la incapacidad permanente absoluta y del grado de discapacidad.

El 1 de agosto de 2019 el interesado manifiesta por escrito que a dicha fecha *“no se había producido el alta médica”* al continuar en seguimiento y valoración de las lesiones y secuelas por diversas especialidades médicas, lo que le impide cuantificar la indemnización solicitada y acompaña la documentación requerida.

El 30 de diciembre de 2019 el reclamante solicita celeridad en la tramitación del procedimiento.

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81.1 LPAC, se ha incorporado al expediente el informe de 4 de febrero de 2020 de la directora médico de Coordinación y Transporte Sanitario del SUMMA 112 que una vez analizada la actuación llevada a cabo por parte del SUMMA 112 puntualiza que la infección por salmonella suele ocasionar una gastroenteritis indistinguible de la provocada por otros patógenos bacterianos y víricos por lo que resulta muy difícil un diagnóstico diferencial y solo los recién nacidos, los ancianos y los pacientes inmunodeprimidos son especialmente vulnerables a la deshidratación y diseminación, con especial propensión a infectar zonas vasculares. En el caso que nos ocupa considera que se prestó una actuación asistencial correcta puesto que en las dos llamadas que efectuó el paciente *“se trató de asignar el recurso más idóneo y la intervención del equipo de la UVI fue extensa y detallada y se le proporcionó al paciente toda la información suficiente sobre signos y síntomas indicativos de alarma. No siendo alertado el servicio de emergencias hasta casi 48 horas después de la primera asistencia”*.

No consta en el expediente que se haya solicitado ni emitido el informe del facultativo del Centro de Salud Medialegua, objeto de reproche.

Figura en el procedimiento el informe de 4 de junio de 2020 de la Inspección Sanitaria que, tras la relación de hechos, consideraciones médicas y juicio crítico, considera que *“la asistencia sanitaria dispensada por el médico de familia y el SUMMA en julio de 2017 fue adecuada y de acuerdo a la lex artis*.

- *Se trató de la gastroenteritis por la médico de familia de forma adecuada, tras exploración concordante con intoxicación alimentaria*
- *La atención prestada por el SUMMA tras la primera llamada, fue adecuada a su sintomatología, no habiendo signos de alarma para la afectación vascular que posteriormente apareció.*

- *En la segunda llamada fue trasladado a un servicio de urgencias, donde fue adecuadamente tratado de la grave patología que presentaba”.*

En los términos anteriormente expuestos se concluyó la instrucción del procedimiento, y previo intento infructuoso de comunicación del trámite de audiencia en dos ocasiones, se procedió a la publicación del correspondiente anuncio en el Boletín Oficial del Estado del día 9 de septiembre de 2020, sin que figure en el expediente la presentación de alegaciones.

Finalmente, el 4 de noviembre de 2020 el viceconsejero de Asistencia Sanitaria formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación por no concurrir los presupuestos necesarios para la declaración de responsabilidad patrimonial al faltar la relación de causalidad y la antijuridicidad del daño.

CUARTO.- El consejero de Sanidad formula preceptiva consulta que ha tenido entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora el 20 de noviembre de 2020, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la letrada vocal Dña. Rosario López Ródenas, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberada y aprobada, por unanimidad, en el Pleno de la Comisión en su sesión de 15 de diciembre de 2020.

A la vista de tales 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, de 28 de

diciembre al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía indeterminada, y a solicitud del consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de interesada, según consta en los antecedentes, se regula en la LPAC según establece su artículo 1.1.

El reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), al haber recibido la asistencia sanitaria objeto de reproche.

Se cumple la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, ya que el daño cuyo resarcimiento se pretende se atribuye a la asistencia dispensada por el Centro de Salud Medialegua y el SUMMA 112, que forman parte de la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid.

En cuanto al procedimiento, tal y como ha quedado expuesto en los antecedentes de hecho de este dictamen, según exige el artículo 81.1 de la LPAC, se ha recabado informe de la directora médica de Coordinación y Transporte Sanitario del SUMMA 112, pero no se ha solicitado ni emitido el informe del Centro de Salud Medialegua. Se ha incorporado al expediente administrativo la historia clínica del paciente y consta que el instructor del procedimiento solicitó un informe a la Inspección Sanitaria que figura en el expediente examinado. Se ha otorgado audiencia al reclamante, de conformidad con el artículo 82 de la LPAC, que no ha formulado alegaciones, y finalmente se ha dictado la propuesta de resolución según lo exigido en el artículo 91 de la LPAC, que ha sido

remitida, junto con el resto del expediente, a la Comisión Jurídica Asesora para la emisión del preceptivo dictamen.

Respecto a la ausencia del informe del Centro de Salud, siguiendo la doctrina mantenida al respecto por esta Comisión Jurídica Asesora, procedería la retroacción del procedimiento, sin embargo, en este caso, a pesar de la deficiencia observada, no se estima necesario que deba retrotraerse el procedimiento, dada la relevancia que tiene el tiempo transcurrido desde que ocurrieron los hechos por los que se reclama y la fecha de presentación de la reclamación, circunstancia, que tal como se examina a continuación, permite desestimar la reclamación presentada por haber prescrito el derecho a reclamar.

TERCERA.- En relación con el plazo para ejercitar la acción de responsabilidad patrimonial, para que la reclamación pueda surtir efecto es necesario que haya sido formulada dentro del plazo que permite la ley, esto es, antes de haberse producido la prescripción del derecho a reclamar.

A tenor del artículo 67.1 de la LPAC, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año desde el momento de producción del hecho que motive la indemnización o desde la fecha en que se hayan manifestado sus efectos lesivos. Como particularidad, cuando los daños tengan carácter físico o psíquico, el plazo empezará a computarse desde la curación o, en su caso, desde la determinación del alcance de las secuelas.

En el presente caso, la reclamación de responsabilidad patrimonial se presentó el 21 de mayo de 2019 y se está reclamando por la asistencia médica domiciliaria dispensada al paciente por el médico del Centro de Salud el día 7 de julio de 2017 (tal y como consta en la historia clínica, y no el día 5 como recoge el escrito de reclamación), y además, se reprocha la asistencia sanitaria dispensada por el SUMMA 112 cuando acudió el

día 8 de julio de 2017 un equipo sanitario que ratificó el diagnóstico anteriormente emitido por el médico de Atención Primaria de gastroenteritis y por enviar una ambulancia sin facultativo médico el día 10 de julio de 2017 que procedió a su traslado al Hospital General Universitario Gregorio Marañón donde ingresó y fue diagnosticado de aneurisma de aorta infrarrenal asociado a trombosis arterial de miembros inferiores debido a salmonelosis, que requirió un bypass aorto bifemoral derecho, y pese a haber recibido alta médica, se encuentra en seguimiento en distintas especialidades.

Tal y como tiene señalado esta Comisión Jurídica Asesora, entre otros, en el Dictamen 122/18, Dictamen 375/19, de 3 de octubre y Dictamen 353/20, de 1 de septiembre, el instituto de la prescripción, que se presenta como una exigencia de la seguridad jurídica, se configura en la ley como un plazo de prescripción y no como un plazo puramente procedimental, por lo que el no ejercicio del derecho dentro del mismo produce la extinción de éste.

En este punto ha de traerse a colación la doctrina del Tribunal Supremo sobre el *dies a quo* para ejercitar la acción de responsabilidad en el caso de daños permanentes y diferenciarlos de los daños continuados.

Al respecto, la sentencia del Tribunal Supremo de 7 de noviembre de 2017 (recurso 2992/2015) señalaba que *“a los efectos de la doctrina de la actio nata, esto es, cuándo se entiende que nace el derecho a accionar, distinguen entre daños permanentes y daños continuados o en evolución. Los primeros se identifican con los irreversibles e incurables, lo que no quita para que haya secuelas previsibles y como tal advertidas, que vayan evolucionando; los segundos son los que no permiten conocer el momento en que se producen los daños definitivos de forma que hasta que estos no quedan determinados no nace el derecho a reclamar”*. Y citaba la sentencia del Tribunal Supremo de 6 de mayo de 2015 (recurso de casación 2099/2013) – que se refiere a que un daño calificado como permanente -

con secuelas ya conocidas– es compatible con tratamientos paliativos o de rehabilitación ulteriores para obtener una mejor calidad de vida, o a evitar eventuales complicaciones en la salud, o a obstaculizar la progresión de la enfermedad, pero no enervan la realidad de que el daño ya se manifestó con todo su alcance.

Además, tal y como tiene ratificado nuestra jurisprudencia, por todas la Sentencia del Tribunal Supremo de 4 de abril de 2019 (recurso 4399/2017) el "*dies a quo*" del cómputo del plazo de prescripción para el ejercicio de una acción de responsabilidad patrimonial por los perjuicios causados por una prestación médica de los servicios públicos es el de la fecha de curación, o desde la fecha en la que, con conocimiento del afectado, quedaron definitivamente estabilizadas las secuelas, con independencia y al margen de que, con base en esas mismas secuelas, se siga expediente para la declaración de incapacidad y cualquiera que sea su resultado.

En nuestro caso, entendemos que los daños por los que se reclama deben ser calificados como permanentes puesto que figura en la historia clínica que el interesado una vez ingresado en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón el 10 de julio de 2017 fue diagnosticado de aneurisma de aorta infrarrenal con isquemia arterial bilateral de miembros inferiores que requirió bypass axilo-bifemoral derecho con colocación de prótesis vascular y shock séptico de origen abdominal y bactericida por salmonelosis que requirió un ingreso hospitalario prolongado y una asistencia sanitaria multidisciplinar: Nefrología, Cardiología, Cirugía Vascular, Digestivo, Medicina Interna, Nutrición, Microbiología y Enfermedades Infecciosas y Rehabilitación, pero cuando recibe alta hospitalaria el 29 de septiembre de 2017, según figura en la historia clínica, el paciente presenta muy buena evolución, realiza transferencias y bipedestación de manera autónoma, marcha

independiente sin ayudas técnicas, sube y baja escaleras con apoyo en barandilla, y en gimnasio, realiza bicicleta estática 10-15 minutos.

Concretamente cuando recibe alta de tratamiento el 28 de septiembre de 2017 el Servicio de Rehabilitación le indica que deberá continuar realizando ejercicios aprendidos e incentivar marcha, subida y bajada de escaleras y revisión en un mes. Precisa curas y control de Sintrom.

Por tanto, a la fecha de alta del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, el 28 de septiembre de 2017, quedó determinado el alcance de las secuelas por lo que cabe considerar que desde la precitada fecha el reclamante tuvo pleno conocimiento del daño y pudo reclamar si consideraba que podía existir responsabilidad por parte de la Administración, por lo que la reclamación presentada el 21 de mayo de 2019, se considera extemporánea.

Incluso en el supuesto de que se pudiera tener en cuenta el dictamen técnico facultativo emitido por la Junta del Centro Base nº 7 de la Comunidad de Madrid de 12 de marzo de 2018 según el cual, el interesado, en el momento del reconocimiento, presentaba: limitación funcional en ambos miembros inferiores por trastornos arterias y arteriolas de etiología vascular, discapacidad del sistema auditivo por alteración sensorial, enfermedad de aparato digestivo por trastorno vâsculo intestinal de etiología vascular, enfermedad de aparato circulatorio por aneurisma aórtico de etiología vascular y discapacidad del sistema neuromuscular por polineuropatía de etiología vascular, la reclamación presentada el 21 de mayo de 2019 resulta extemporánea.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial, al haber prescrito el derecho a reclamar.

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 15 de diciembre de 2020

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 551/20

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid