

Dictamen nº: **173/23**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **30.03.23**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 30 de marzo de 2023, 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 Dña. (en adelante “*la reclamante*”), por la deficiente actuación de los servicios médicos de la Comunidad de Madrid en relación con el accidente sufrido el 24 de marzo de 2021 y su eventual calificación como accidente laboral.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Con fecha 15 de junio de 2021, la persona citada en el encabezamiento formuló en el Servicio de Atención al Paciente del Hospital Universitario Puerta de Hierro (en adelante HUPH), escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Relata la reclamación que la reclamante es profesora de violín, música de cámara y agrupaciones, impartiendo su docencia en el centro integrado de música “.....”. Que el día 24 de marzo de 2021

sufrió un accidente laboral al caer sobre su lado derecho, siendo atendida en el Servicio de Urgencias del mencionado HUPH.

Continúa señalando que se le entregó un informe de asistencia que en ese momento no leyó, leyéndolo posteriormente, formulando una primera reclamación porque entendía que su contenido no se ajustaba a lo manifestado por la paciente, siendo así que semanas más tarde recibió informe con corrección parcial si bien seguía sin reflejar todo lo manifestado por la reclamante.

Indica que, pese a que a su entender no estaba completo, lo envió por haber sido un accidente laboral, si bien al haber pasado un tiempo desde el accidente se le denegó su calificación como accidente laboral. Que al día siguiente un médico del ambulatorio le expidió parte de baja de incapacidad temporal por accidente laboral.

Concluye señalando que se ello se ha traducido en una falta de atención que no le da derecho a hacer rehabilitación, acudiendo a Fisioterapia de manera particular con el gasto que ello le genera, habiendo perdido igualmente la cobertura económica por accidente laboral.

La reclamación no cuantifica económicaamente la indemnización pretendida ni viene acompañada de documentación alguna.

SEGUNDO.- En relación con el contenido de la reclamación, la consulta del expediente administrativo pone de manifiesto los siguientes hechos.

La paciente de 61 años a la fecha de los hechos reclamados, cuenta con antecedentes de enfermedad de Von Willebrand, con intervenciones quirúrgicas de primer dedo de ambos pies, pólipos nasales, miomas, hombro izquierdo y funduplicadura laparoscópica.

El día de la caída, acude a Urgencias del HUPH por episodio transitorio de pérdida de nivel de conciencia, señala que estaba trabajando cuando ha presentado sensación de desvanecimiento con sudoración y visión borrosa y posterior caída sobre hemicuerpo derecho. Asociado al cuadro presentó palpitaciones y disnea. Refiere dolor en hombro, codo, muñeca y rodilla derecha.

En la exploración física efectuada se advierte: tensión arterial 140/80mm Hg, frecuencia cardiaca 87 1/m y SatO2 99% basal. Buen estado general, consciente, orientada. Bien hidratada y perfundida. Normocoloreada y eupneica.

Auscultación cardiopulmonar sin alteraciones.

Columna cervical: no hematoma ni tumefacción, no apofisalgias cervicales. Dolor a la palpación de trapecios bilaterales. Movilidad completa y levemente dolorosa. Spurling (prueba para examinar la integridad de las raíces nerviosas cervicales), negativo.

Exploración del plexo braquial normal.

Hombro derecho: no hematoma deformidad ni tumefacción, dolor inserción del manguito de los rotadores y maniobras de compresión subacromial positivas. Abducción, rotación interna y antepulsión dolorosas y restringidas. No dolor en articulación acromioclavicular. Signo de tecla (signo para diagnóstico de luxación clavicular), negativo. No hipoestesia deltoidea. Exploración neurovascular distal normal

Codo derecho: no hematoma, tumefacción ni deformidad. Dolor en olecranon, no dolor en prominencia radial, ni restos de prominencias óseas. Pronosupinación conservada. Triángulo de Nelaton (triángulo formado por las tres prominencias óseas del codo),

conservado. Dolor difuso articular. Exploración neurovascular distal normal.

Analítica: bioquímica, hemograma y coagulación sin alteraciones relevantes.

Electrocardiograma (ECG): QR estrecho sin alteraciones de la repolarización.

Radiología: sin lesiones óseas agudas.

Se concluye en un juicio clínico de síncope vasovagal, con recomendaciones de reposo relativo, calor seco local en región cervical y hielo local protegido en hombro y codo.

En la historia clínica de Atención Primaria, consta el 25 de marzo de 2021, cita forzada porque ha tenido un accidente ayer, se refleja que dejará fotocopia del informe que indica que ha sido accidente laboral, refiere que le hicieron radiografías de todas las zonas, no LOAS (lesiones óseas agudas). Refiere asintomática, salvo dolor aún en codo y que solo precisa un justificante, porque ya fue vista en Urgencias.

Se refleja igualmente que pregunta sobre como pedir el documento de accidente laboral, con indicación del profesional de que hable con su empresa para ver si lo reconocen como laboral y si es así que le den el documento.

El 16 de abril refiere no solo dolor en codo también dolor en cadera y rodilla derecha, con la indicación de que “*se lo va a decir a su traumatólogo*”.

TERCERO.- A raíz de la formulación del escrito de reclamación se ha instruido el correspondiente procedimiento de responsabilidad

patrimonial y se han solicitado los informes que se consideraron pertinentes, de los que se destacan los siguientes particulares.

Por escrito de 12 de julio de 2021 de la instrucción, se requiere a la reclamante para que en el plazo de 10 días, aporte: las reclamaciones que dice formuladas al Servicio de Urgencias del HUPH, en relación a la información dada en el informe clínico, así como las modificaciones del mismo por el citado servicio, tal y como manifiesta en su reclamación; indique el nombre del centro de salud que le prescribió la baja por accidente laboral y aporte la foto de la mano que dice que adjunta con la reclamación, pero que no consta en ella.

A la vista del requerimiento formulado, la reclamante presenta escrito con fecha 25 de julio de 2021, en el que viene a reiterarse en lo ya alegado previamente, adjuntando la reclamación formulada, aportando igualmente informe de alta de Urgencias del HUPH del 24 de marzo de 2021 y copia del escrito de la División de Colaboración con la Seguridad Social de la Dirección General de Función Pública, del 23 de abril de 2021, en el que se hace constar que *“una vez valorado el incidente y la documentación presentada, debido a que la comunicación de la incidencia ocurrida supera el plazo establecido para la remisión de la misma a esta Unidad (dos días hábiles posteriores al día del accidente), comunicamos que esta Entidad Colaboradora en cumplimiento de lo dispuesto por el artículo 156 del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprobó el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, estima que dichos hechos no pueden ser calificados como accidente de trabajo”*.

Con fecha 5 de agosto de 2021 se emite informe por la jefe de Urgencias del HUPH en el que en relación a la reclamación interpuesta, se señala que *“se trata de una mujer de 61 años con los antecedentes referidos que sufre desvanecimiento mientras se*

encontraba trabajando, y contusiones leves referidas en su atención urgente en las articulaciones anteriormente descritas.

No se encuentran alteraciones en las pruebas diagnósticas solicitadas, siendo dada de alta con recomendaciones.

La paciente solicitó a través de atención al paciente la rectificación de la historia clínica y considerado por el facultativo que la atendió se realizó la modificación pertinente.

Resaltamos el hecho de que la paciente estaba trabajando cuando tuvo lugar el síncope y las consecuencias arriba expuestas, por lo que legalmente, puede ser de interés para considerarlo accidente de trabajo según corresponda.”.

Por escrito de 6 de agosto de 2021 la mercantil aseguradora del SERMAS acusa recibo de la declaración del siniestro.

Por escrito de la instrucción, notificado a la reclamante con fecha 18 de mayo de 2022, se le hace saber en relación a su reclamación, que “*hemos procedido a su remisión a la Subdirección General de Inspección Sanitaria de la Consejería de Sanidad, al considerar que el Área de Responsabilidad Patrimonial en el Ámbito Sanitario del Servicio Madrileño de Salud no es competente para la resolución de las cuestiones planteadas en relación a la actuaciones de la Colaboradora de la Seguridad Social de la Comunidad de Madrid, en virtud del artículo 47 de la Ley 1/1983 de 13 de diciembre y el Decreto 1/2022, de 19 de enero, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad, por ser de su competencia.*

Por lo que, en consecuencia, su reclamación de responsabilidad patrimonial será objeto de dos procedimientos diferentes, el concerniente a las deficiencias asistenciales recibidas en el Hospital

Universitario Puerta de Hierro cuya competencia corresponde al SERMAS, y otro, el que corresponde a las deficiencias de la Colaboradora ya referenciada, que se llevará a cabo por la Subdirección General de Inspección Sanitaria de la Consejería de Sanidad”.

Por escrito de 23 de mayo de 2022 de la Subdirección General de Inspección Sanitaria y Evaluación, se hace saber al instructor del expediente que nos ocupa, que “esta Subdirección General no tiene ninguna competencia en relación a la actuación de las Mutuas Colaboradoras de Seguridad Social que dependen del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones (D.G. de Ordenación de la Seguridad Social. Subdirección General de las Entidades Colaboradoras de la Seguridad Social).

Igualmente, y ante la denegación de una Mutua Colaboradora, está regulado el procedimiento de Determinación de Contingencia que debe iniciarse ante el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) por tratarse de un asunto de su competencia de acuerdo con el Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, por el que se desarrolla, en materia de incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social, la ley 42/1994, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social.

En consecuencia con lo anterior, se devuelve la documentación recibida al no corresponder a las competencias atribuidas en el artículo 47 de la Ley 1/1983 de 13 de diciembre y el Decreto 1/2022 de 19 de enero, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad”.

De conformidad con ello, por escrito de 26 de mayo de 2022 se remitieron las actuaciones al Instituto Nacional de la Seguridad Social (en adelante INSS), el cual emite informe de 22 de septiembre de 2022 en el que hace constar que “los procesos de incapacidad temporal de la

trabajadora que figuran en las bases de datos del INSS se refieren a los siguientes periodos:

- Fecha de baja 7/4/2021, con fecha de alta 21/5/2021*
- Fecha de baja 10/12/2021, con fecha de alta 13/12/2021*
- Fecha de baja 16/12/2021, recaída del proceso anterior y que, a fecha de hoy, continúa vigente.*

Las tres situaciones de incapacidad temporal se registraron por el facultativo competente del Servicio Público de Salud, indicando como origen de la contingencia “enfermedad común” (.....)

Por tanto, en los tres procesos de incapacidad temporal (ninguno de ellos ha superado los 365 días), la dirección provincial del INSS no ha realizado intervención alguna, al margen de que el coste de las correspondientes prestaciones se asuma por la entidad gestora.

2) En lo que concierne a la denegación por la Colaboradora de la Seguridad Social de la calificación de accidente laboral de la patología de la Sra. (...), la dirección provincial manifiesta que no se ha recibido ninguna solicitud de inicio de expediente de determinación de contingencia, a instancia de la interesada.

El procedimiento para la determinación de la contingencia causante de los procesos de incapacidad temporal se puede iniciar, a partir de la fecha de emisión del parte de baja médica, a instancia de la trabajadora o su representante legal. En concreto, la trabajadora puede formular reclamación ante el INSS en relación con la consideración otorgada a la contingencia, que se sustanciará y resolverá de conformidad con el procedimiento regulado en el artículo 6 del Real Decreto 1430/2009, de 11 de septiembre, por el que se desarrolla reglamentariamente la Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en

materia de Seguridad Social, en relación con la prestación de incapacidad temporal”.

Es en base a lo expuesto que por escrito de 3 de noviembre de 2022 de la Secretaría General Técnica del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, se gira oficio a la reclamante señalando que *«en relación a su escrito presentado el día 15 de junio de 2021 en el Servicio de Atención al Paciente del Hospital U. Puerta de Hierro de Majadahonda (Madrid), que ha tenido entrada en el Registro General de este Ministerio el día 21 de septiembre de 2022, se observa que la pretensión indemnizatoria por usted instada deriva, en su caso, de dos actuaciones desarrolladas por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. De una parte, del informe incompleto que confeccionó al efecto el facultativo de urgencias del Hospital U. Puerta de Hierro de Majadahonda. De otra parte, de la demora en que incurrieron en entregarle el informe definitivo “corregido a medias”, que ocasionó que la División de Colaboración con la Seguridad Social (adscrita a la Dirección General de Función Pública de la Comunidad de Madrid) no pudiera calificar el accidente como laboral al comunicar la incidencia ocurrida fuera del plazo legalmente previsto.*

Posteriormente, mediante oficio de 26 de mayo de al Instituto Nacional de la Seguridad Social (en adelante 2022, la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid ha remitido INSS) la reclamación y la documentación generada durante la instrucción del procedimiento, al entender que la competencia para la tramitación del expediente corresponde a esa Entidad Gestora.

En consecuencia, a juicio de esta Subdirección General de Coordinación Jurídica del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, realmente la competencia para la tramitación y resolución del presente expediente correspondería a la Consejería de Sanidad de

la Comunidad de Madrid, al no haber intervenido en ningún momento el INSS en la causación de los menoscabos por usted descritos».

En dicho oficio se requiere igualmente a la reclamante para que en el plazo de 10 días “*aclare lo expuesto en los párrafos precedentes, sin perjuicio de que acompañe cuantas alegaciones, documentos e informaciones considere oportuno. Una vez agotado el referido período, si no se obtiene ninguna contestación por su parte, se procederá al ARCHIVO del presente expediente número 2024/22, por falta de competencia, procediendo esta Subdirección General de Coordinación Jurídica al traslado del expediente a la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, al ser dicha Administración la competente para su instrucción y resolución*”.

La reclamante presentó al respecto, escrito fechado el 16 de noviembre de 2022 en el que indica que no ha reclamado nada contra el INSS, que reclama ante la mala praxis del HUPH que provocó la denegación de la consideración de su caída como accidente laboral.

Así las cosas, por diligencia de 28 de noviembre de 2022 de la mencionada Secretaría General Técnica del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, se acuerda el archivo de las actuaciones que le fueron remitidas, por falta de competencia. Se devuelven las actuaciones a la Comunidad de Madrid con fecha 2 de diciembre de 2022.

Paralelamente a lo expuesto y en relación con la parte de la reclamación asumida desde el principio por la Comunidad de Madrid, con fecha 26 de julio de 2022 se emitió informe por la Inspección Médica que considera que la asistencia sanitaria dispensada a la reclamante por el servicio de Urgencias del HUPH el 24 de marzo de 2021, fue adecuada y de acuerdo a la *lex artis*.

Por escrito de 8 de septiembre de 2022, notificado el 20 de igual mes, se concede trámite de audiencia a la reclamante, que no consta que haya presentado alegaciones.

Finalmente se ha elaborado por el viceconsejero de Gestión Económica, la oportuna propuesta de resolución, fechada el 3 de marzo de 2023, en la que tras la fundamentación que es de observar, se interesa la desestimación de la reclamación interpuesta.

CUARTO.- El 9 de marzo, tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial. Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente 133/23 al letrado vocal D. Javier Espinal Manzanares que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en sesión del día señalado en el encabezamiento.

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, se regula en la LPAC de conformidad con su artículo 1.1, con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, conforme a lo dispuesto en el artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la LRJSP, al ser la persona directamente afectada por la asistencia médica que entiende incorrecta en lo referido al informe de alta elaborado por el Servicio de Urgencias del HUPH al que la reclamante atribuye la posterior imposibilidad de calificar su caída como accidente laboral.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, en tanto que la asistencia fue dispensada en el HUPH, centro de titularidad pública integrado en la red sanitaria pública madrileña.

Por último y en lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 LPAC el derecho a reclamar responsabilidad patrimonial a la Administración prescribe al año de manifestarse el efecto lesivo y de que se haya determinado el alcance de las secuelas. En el presente caso, la reclamación se formula con fecha 15 de junio de 2021, mientras que la caída sufrida por la reclamante tuvo lugar el 24 de marzo de 2021, fecha que coincide con el informe de alta elaborado por el HUPH, por

lo que atendiendo a esta fecha cabe considerar que está formulada dentro del plazo de un año que marca el texto legal.

Por lo que se refiere al procedimiento seguido en la tramitación de la reclamación de responsabilidad patrimonial, se observa que en cumplimiento del artículo 81 de la LPAC se ha emitido informe por el servicio que intervino en la asistencia a la paciente. También se ha incorporado al procedimiento la historia clínica del paciente, comprensiva de la atención dispensada en el HUPH, y se ha emitido informe por la Inspección Sanitaria con el resultado expuesto en los antecedentes de este dictamen. Tras ello, se confirió trámite de audiencia a la reclamante.

Finalmente se redactó la propuesta de resolución en sentido desestimatorio de la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 106.2 de la Constitución Española y garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley. Según constante y reiterada jurisprudencia, el sistema de responsabilidad patrimonial presenta las siguientes características: a) unitario: rige para todas las Administraciones; b) general: abarca toda la actividad -por acción u omisión- derivada del funcionamiento de los servicios públicos, tanto si éstos incumben a los poderes públicos, como si son los particulares los que llevan a cabo actividades públicas

que el ordenamiento jurídico considera de interés general; c) de responsabilidad directa: la Administración responde directamente, sin perjuicio de una eventual y posterior acción de regreso contra quienes hubieran incurrido en dolo, culpa, o negligencia grave; d) objetiva, prescinde de la idea de culpa, por lo que, además de erigirse la causalidad en pilar esencial del sistema, es preciso que el daño sea la materialización de un riesgo jurídicamente relevante creado por el servicio público; y, e) tiende a la reparación integral.

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, 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 11 de marzo de 2022 (recurso 771/2020), recuerda que, según

consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, «*El hecho de que la responsabilidad extracontractual de las Administraciones públicas esté configurada como una responsabilidad objetiva no quiere decir, ni dice, que baste con haber ingresado en un centro hospitalario público y ser sometido en el mismo al tratamiento terapéutico que el equipo médico correspondiente haya considerado pertinente, para que haya que indemnizar al paciente si resultare algún daño para él. Antes, al contrario: para que haya obligación de indemnizar es preciso que haya una relación de nexo causal entre la actuación médica y el daño recibido, y que éste sea antijurídico, es decir: que se trate de un daño que el paciente no tenga el deber de soportar, debiendo entenderse por daño antijurídico, el producido (cuando) no se actuó con la diligencia debida o no se respetó la lex artis ad hoc.*

En consecuencia lo único que resulta exigible a la Administración Sanitaria “... es 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 este tipo de responsabilidad es una indebida aplicación de medios para la obtención de resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente” (STS Sección 6^a Sala CA, de 7 marzo 2007).

En la mayoría de las ocasiones, la naturaleza jurídica de la obligación de los profesionales de la medicina no es la de obtener en todo caso la recuperación de la salud del enfermo, obligación del resultado, sino una obligación de medios, es decir, se obligan no a curar al enfermo, sino únicamente a dispensarle las atenciones requeridas, según el estado de la ciencia (SSTS de 4 de febrero y 10 de julio de 2002 y de 10 de abril de 2003).

En definitiva, el título de imputación de la responsabilidad patrimonial por los daños o perjuicios generados por el funcionamiento normal o anormal de los servicios de asistencia sanitaria, no consiste sólo en la actividad generadora del riesgo, sino que radica singularmente en el carácter inadecuado de la prestación médica llevada a cabo, que puede producirse por el incumplimiento de la lex artis o por defecto, insuficiencia o falta del servicio.

A lo anterior hay que añadir que no son indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido evitar o prever según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento que se producen aquéllos, de suerte que si la técnica empleada fue correcta de acuerdo con el estado del saber, el daño producido no sería indemnizable por no tratarse de una lesión antijurídica sino de un riesgo que el paciente tiene el deber de soportar y ello aunque existiera un nexo causal.

En la asistencia sanitaria el empleo de la técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido ya que cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si a pesar de ello causó el daño o más bien pudiera obedecer a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente».

CUARTA.- En este caso, como hemos visto en los antecedentes, la reclamante considera que se ha vulnerado la *lex artis* en la asistencia que le fue prestada, al proceder incorrectamente el facultativo que la atendió en el Servicio de Urgencias del HUPH a la hora de elaborar el informe de alta lo que posteriormente le ocasionó que no pudiera tramitar la caída sufrida como accidente laboral.

Así las cosas, procede deslindar de un lado si efectivamente se incurrió por el Servicio de Urgencias en una indebida actuación en la

elaboración del informe de alta de la reclamante, y de otro si la corrección/modificación del mismo implica incidencia alguna en la calificación de la caída como accidente laboral y si el hecho de que se la haya denegado tal consideración comporta que se le haya privado a la reclamante de alguna prestación médica, conforme a lo denunciado en la reclamación.

En relación a la primera de las cuestiones, la Inspección Médica descarta la mala praxis señalando al respecto que *“la paciente según manifiesta en la reclamación, lo que no recoge el informe es lo que ella manifestaba como síntomas, pero los datos de la exploración, pruebas complementarias, juicio clínico y tratamiento los decide el facultativo y no hay opción posible de cambio en función de lo que manifieste la paciente.”*

El informe de alta de urgencias es exquisito, tanto en la exploración como en las pruebas solicitadas por el facultativo y cumplimiento del CMBD”.

Precisando la Inspección lo referido al CMBD, indicando que *“el CMBD es una base clínico administrativa de obligado cumplimiento para los hospitales de nuestro Sistema Nacional de Salud. A partir de los informes de alta que se realizan, las unidades de codificación de cada centro hospitalario, se encargan de recoger un conjunto mínimo básico de datos que, entre otros, destacamos:*

- Edad, sexo, Índice de Comorbilidad de Charlson.
- Diagnóstico principal y secundario.
- Procedimientos diagnósticos y terapéuticos realizados durante el ingreso.
- Destino al alta: Domicilio, traslado, éxitus.

En caso de ingreso hospitalario:

- *Estancia media.*
- *Reingreso en menos de 30 días.*
- *Mortalidad intrahospitalaria.*
- *Complicaciones asociadas al ingreso.*
- *Alta de servicio médico o quirúrgico”.*

Se ajusta así el informe de alta a lo dispuesto en el artículo 3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en el que se define expresamente el informe de alta médica, como: “*el documento emitido por el médico responsable en un centro sanitario al finalizar cada proceso asistencial de un paciente, que especifica los datos de éste, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas*”.

Si bien la reclamación formulada es ciertamente parca a la hora de consignar los eventuales errores cometidos por el informe de alta, parece desprenderse de los diversos escritos presentados por la reclamante en el expediente tramitado, y así lo ha entendido igualmente la Inspección, que lo imputado a dicho informe es que por el facultativo actuante no se consignaran todos los daños/síntomas por ella referidos como consecuencia de la caída sufrida, siendo de considerar al respecto que como ha quedado expuesto la Inspección entiende que el informe de alta es exquisito en lo atinente a la exploración de la paciente, pruebas solicitadas y cumplimiento del mencionado CMBD.

En relación con la segunda de las cuestiones apuntadas, debemos señalar que la reclamación no ofrece dato objetivo alguno que permita sustentar lo afirmado en relación a la denegación de la calificación como accidente laboral por mor de la modificación del inicial informe de alta, siendo así que no se señala por la reclamante

la fecha de envío del informe modificado a efectos de acreditar que es la causa de la posterior denegación de dicha calificación. En este punto, no debe obviarse que la propia reclamante señala que no leyó, el propio día de la caída, el informe de alta en el momento en que se le entregó, reseñando que lo leyó posteriormente.

Por otro lado, el hecho de que, por la mencionada resolución de 23 de abril de 2021 de la División de Colaboración con la Seguridad Social, se le denegara la calificación de la caída como accidente laboral, no agota en modo alguno la pretensión de la reclamante de calificarlo como tal, de manera que para el caso de disconformidad de la interesada con dicha determinación, se prevé en el artículo 6 del Real Decreto 1430/2009, de 11 de septiembre, por el que se desarrolla reglamentariamente la Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social, en relación con la prestación de incapacidad temporal, un procedimiento administrativo de determinación de la contingencia causante de los procesos de incapacidad temporal.

Procedimiento que según se indica en el expediente tramitado no se ha seguido por la interesada. Cabe señalar al respecto que como ya señalamos en el Dictamen 560/20, de 15 de diciembre, *«En este sentido, tanto esta Comisión Jurídica Asesora (Dictamen 74/17 de 16 de febrero) como el Consejo Consultivo, en sus dictámenes 743/11, de 21 de diciembre y 25/13, de 30 de enero, ya señalaron que “la reclamación de responsabilidad patrimonial no puede articularse, so pena de incurrir en fraude de ley (artículo 6.4 CC), como una vía para atacar la legalidad de actos administrativos firmes ya sea por no haber sido recurridos en plazo o por haber sido desestimados los recursos interpuestos contra los mismos”.*

Asimismo, el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en Sentencia de 20 de marzo de 2015 (recurso 205/2013) ha señalado con cita de la

Sentencia del Tribunal Supremo (Sala 3^a), de 19 de julio de 2011 (recurso 4912/2007), “que la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas no constituye una vía alternativa para impugnar actos administrativos que se dejaron consentidos”.

En relación con la última de las cuestiones, señala la reclamación que la denegación controvertida ha comportado que se le haya privado de rehabilitación teniendo que acudir a fisioterapia particular, así como de medicamentos en los que según indica se está gastando una importante cantidad económica.

Ya hemos indicado que según informa la Inspección, el informe de alta es del todo correcto en lo referido a la exploración de la paciente, pruebas practicadas y cumplimiento del mencionado CMBD, dentro de los que figura, como se ha visto, los procedimientos terapéuticos, siendo de considerar que no figura en el informe de alta previsión alguna de tratamiento de rehabilitación, señalando el informe de la Inspección que *“Los tratamientos que está recibiendo y que alega estar pagando la paciente, no figura en HC, que hayan sido prescritos por ningún facultativo, por las lesiones del accidente de trabajo. Los tratamientos de rehabilitación vienen incluidos en la cartera de servicios del servicio público de salud, siempre y cuando sean prescritos por un facultativo, tanto para accidente de trabajo como para accidente no laboral o enfermedad común, no así los tratamientos de quiromasajista que no están incluidos en ninguna contingencia”*.

Es por tanto que la paciente acude a la sanidad privada a instancia propia y no presenta ningún documento que justifique la indicación de tratamiento ni las facturas de gastos ni de repercusiones económicas por las que solicita ser indemnizada”.

Por todo cuanto antecede, esta Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la presente reclamación al no haberse acreditado infracción de la *lex artis ad hoc* en la elaboración del informe de alta por el Servicio de Urgencias del HUPH ni la preceptiva relación de causalidad entre éste y el daño reclamado.

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 30 de marzo de 2023

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 173/23

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid