

Dictamen nº: **78/23**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **16.02.23**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 16 de febrero de 2023, 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 el asunto sobre responsabilidad patrimonial promovido por Dña. .... (en adelante “*la reclamante*”), por los daños y perjuicios derivados de la asistencia dispensada por parte del SUMMA 112, a la que atribuye un retraso diagnóstico del ictus que estaba sufriendo.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** La reclamante, mediante escrito presentado en la Oficina del Registro General de la Gerencia Municipal de Urbanismo de Móstoles el 31 de agosto de 2021, formuló reclamación patrimonial de cuantía indeterminada frente al SERMAS, por entender que la asistencia que le fue dispensada por parte del SUMMA 112, el día 19 de agosto de 2020, resultó negligente, al desatender los síntomas del ictus que estaba sufriendo, determinando un retraso en su diagnóstico y tratamiento, que le ha ocasionado mayores secuelas y un peor pronóstico.

Explica en su reclamación que la madrugada del día 19 de agosto de 2020, en torno a las 6:00h de la madrugada, estando en compañía de su

hija, la reclamante empezó a presentar síntomas preocupantes, tales como dolor y hemiparesia en el lado izquierdo del cuerpo, así como dificultad para hablar y comprender, por lo que su hija avisó telefónicamente a los servicios de urgencias médicas del SUMMA 112.

Relata que el sanitario que acudió al domicilio, le realizó algunas pruebas métricas y de monitorización, restando toda importancia a los síntomas que tenía, pese a la insistencia de su hija; concluyendo que la sintomatología carecía de importancia y que pasaría nota a su médico de Atención Primaria, con la única indicación de tomar analgésicos.

Horas más tarde, ante la persistencia de la situación y dado que - además del brazo- ya tampoco podía mover la pierna izquierda; avisaron a su centro de salud, por mediación de otro pariente y acudió un facultativo que, previendo que estuviera sufriendo un ictus, activó el protocolo correspondiente, habilitando que se la trasladase al Hospital Universitario Rey Juan Carlos, de Móstoles, donde se confirmó el diagnóstico y se la mantuvo ingresada hasta el día 2 de octubre de 2020.

Manifiesta que todo lo sucedido determinó un retraso en su diagnóstico y en el tratamiento del ictus que padecía, que le ha ocasionado mayores secuelas, tales como: hemiparesia del lado izquierdo, inflamación del brazo, dolores intensos en el brazo y la pierna izquierda, espasticidad, insomnio y otras aun en evolución. Para la reparación de los daños y perjuicios irrogados, solicita una indemnización de cuantía indeterminada.

Adjunta a su reclamación copia de su DNI, así como diversa documentación médica.

**SEGUNDO.-** A la vista de los hechos consignados en la historia clínica de la paciente, destacamos los siguientes datos de interés para la emisión del dictamen:

La reclamante tenía 97 años de edad en la fecha de los hechos principales, presentaba como únicos antecedentes médicos de interés una neumonía tratada ambulatoriamente en 2010, un cáncer de colon intervenido en 2002 y metástasis hepáticas intervenidas en 2005. Además, presentaba patología crónica de hipertensión arterial y cardiopatía isquémica desde el año 2011 y mantenía tratamiento habitual con Adiro, Enalapril y omeprazol.

Según refleja la historia clínica remitida, el día 19 de agosto de 2020 a las 05:59 horas, una de las hijas de la reclamante realizó una llamada a SUMMA112 refiriendo que su madre, al intentar levantarse para ir al baño presentaba dolor en el pecho y brazo izquierdo con pérdida de fuerza generalizada, que no podía abrir la mano izquierda, ni mover los dedos y que, en ese momento tenía una tensión arterial de 193/84.

También refirió que la paciente se había caído el día anterior en el domicilio, aunque posteriormente a la caída se había movido normalmente por el domicilio, con su andador.

Ante esa información se envió al domicilio una Unidad de Atención Domiciliaria para que valorase a la paciente.

A las 06:17 h. llegó la correspondiente unidad y el médico que reconoció a la paciente, le efectuó una evaluación primaria y secundaria, auscultación pulmonar y un electrocardiograma. Todo ello se reflejó en el correspondiente informe, indicando: *“Evaluación primaria: caída hace dos días, dolores múltiples, extremidades inferiores, hombro, se cansa al caminar. No dolor torácico, no sudoración.*

*Auscultación pulmonar: hipertensión arterial, cardiopatía hipertensiva con hipertrofia ventricular izquierda.*

*Tratamiento: enalapril, adiro, orfidal.*

*Vía aérea permeable, eupneica, estabilidad hemodinámica, consciente, Glasgow: 15.*

*Evaluación secundaria: orientada en tiempo, lugar y persona. Fuerza y sensibilidad normales en extremidades superiores e inferiores, auscultación cardiopulmonar normal, electrocardiograma: ritmo sinusal a 68 latidos por minuto, eje eléctrico izquierdo normal, intervalo PR normal - período, medido en milisegundos, que se extiende desde el inicio de la onda P (inicio de la despolarización auricular) hasta el inicio del complejo QRS (inicio de la despolarización ventricular); no ondas Q, QRS normal - representación gráfica de la despolarización de los ventrículos del corazón formando una estructura picuda en el electrocardiograma-, signos crónicos de hipertrofia cardíaca izquierda, ondas T negativas características crónicas precordiales. Tensión Arterial: 180/75”.*

A las 06:43h el facultativo del SUMMA 112 emitió el juicio clínico de “*dolor osteomuscular difuso*” y se le pautó observación, paracetamol (1gr/8h) y seguimiento por su médico de Atención Primaria.

Ante la persistencia de los síntomas, la hija de la paciente avisó a su centro de Atención Primaria, el Centro de Salud de La Princesa, de Móstoles y acudió un facultativo al domicilio a valorarla, realizándose por este una segunda llamada al SUMMA112, a las 12:26 horas, en solicitud de una ambulancia urgente en el domicilio, por sospecha de ictus. Según consta anotado en Horus, el médico de Atención Primaria reflejó: “*aviso domicilio: hemiplejia izquierda de 6 horas de evolución. Paciente consciente y colaboradora. Derivo a Urgencias del Hospital.*”

La paciente llegó a las Urgencias del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, de Móstoles, a las 13:05 horas, anotándose sus antecedentes, el motivo de consulta y los datos de la exploración neurológica efectuada. A saber: “*... facultades centrales cognitivas conservadas. Lenguaje coherente y fluente, sin afasia ni disartria. No clara preferencia óculo-cefálica. Impresiona hemianopsia/extinción visual derecha (antecedente glaucoma).*

*No asimetría facial. Motor: plejia miembro superior derecho y paresia 1/5 miembro inferior derecho. Reflejos miotáticos o de estiramiento: no extraigo rotulianos. Respuesta cutánea plantar indiferente izquierdo, flexor derecho. Hipoestesia izda. Extinción sensitiva”.*

La paciente fue ingresada por sospecha de ictus isquémico hemisférico derecho de unas horas de evolución, con clínica de hemiparesia izquierda.

Dadas las tensiones arteriales elevadas, fue tratada con labetalol intra venoso, con un aceptable control y se le realizó un TC que objetivó un infarto occipital izquierdo crónico y una enfermedad de pequeño vaso avanzada, por lo que se asumió un diagnóstico de síndrome lacunar motor puro izquierdo, secundario a infarto, posiblemente lacunar derecho. Se inició control tensional con Enalapril (aumentando la dosis previa que tomaba en el domicilio) y Amlodipino, antiagregación en prevención secundaria de ictus con clopidogrel 75 mg al día y Estatina (Atorvastatina 40 mg al día), con buena tolerancia.

La paciente evolucionó torpemente de la hemiparesia izquierda, con movilización espontánea del miembro superior izquierdo, pero pierna pléjica que no le permitía deambular.

Desde el inicio del ingreso comenzó con ideas delirantes de perjuicio, que empeoraron por la hipoacusia y la dificultad de comprensión subsiguiente, estando la paciente agitada, agresiva y desorientada, situación en que permaneció durante 4 días por su negativa a la ingesta de cualquier medicación y no ser posible el tratamiento con neurolépticos, por vía oral. Se inició finalmente tratamiento con Haloperidol subcutáneo, para evitar complicación con las vías periféricas, dada la agitación, con muy buena y rápida respuesta. Posteriormente se retiró por efectos adversos extrapiramidales y se pautó quetiapina vía oral, para control de

conducta, con muy buena respuesta, sin volver a presentar episodios de desorientación. También se añadió Trazodona 50 mg, por la noche.

Tras efectuar cribado de disfagia, la paciente toleró agua sin espesante con seguridad, por lo que se inició dieta oral de forma progresiva, con muy buena tolerancia.

Se explica a la familia el mal pronóstico de recuperación funcional a largo plazo, dada la edad de la paciente y la debilidad grave del miembro superior izquierdo, no siendo candidata por ese motivo a centro de rehabilitación funcional.

La paciente inició la marcha con apoyo, mejorando la paresia del miembro superior izquierdo, pudiendo llegar a levantarse y mantenerse con gravedad, aunque persistiendo la paresia de 3+/5 y sin mejoría objetivable de la debilidad del miembro inferior izquierdo, con paresia de 2/5 (movilizando mínimamente en plano). Se planteó la posibilidad de realizar sesiones de rehabilitación de forma ambulatoria, pero en ese momento la familia prefirió realizar ejercicios en el domicilio, dado el riesgo de contagio por la pandemia de la Covid-19.

Ante la ausencia de fiebre u otras complicaciones infecciosas o médicas durante el ingreso, se decidió el alta a domicilio el día 2 de septiembre de 2020, con revisión en consultas externas de Neurología y con el diagnóstico principal de: *“Ictus Isquémico: Síndrome motor puro izquierdo. Sospecha de ictus lacunar derecho, infartos previos occipital izquierdo y enfermedad de pequeño vaso”*.

No constan datos posteriores en la historia clínica remitida.

**TERCERO.-** Recibida la reclamación por el Servicio Madrileño de Salud, se acordó la instrucción del expediente, conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC) y la Ley

40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (título preliminar, capítulo IV) (en adelante LRJSP).

Se comunicó la reclamación a la aseguradora del SERMAS, el día 10 de septiembre de 2021- folio12- y se interesó la remisión de la historia clínica de la reclamante, del SUMMA 112 y la del Hospital Universitario Rey Juan Carlos de Móstoles, pese a que la asistencia dispensada en este último no se cuestiona.

Así las cosas, consta remitida la documentación referida a todas la asistencias dispensadas en el centro hospitalario últimamente indicado- folios 19 al 1836-y, en cuanto al episodio por el que se reclama, se ha incorporado un informe de 4 de octubre de 2021, suscrito por la directora médico asistencial del SUMMA 112, relatando la asistencia dispensada en el domicilio de la reclamante, el día 19 de agosto de 2020, entre las 06:17 horas y las de la 06: 43 horas, junto con la copia del informe emitido por el facultativo de SUMMA 112, que acudió al domicilio, así como la transcripción de la llamada de la hija de la paciente, que fue quien alertó de la urgencia, a las 05:59 horas de la madrugada del mismo día, 19 de agosto de 2020 – folios 1837 al 1844.

El informe emitido por la responsable del SUMMA destaca lo inespecífico del cuadro que presentaba la paciente, la ausencia de dolor torácico, sudoración, la estabilidad hemodinámica y el estado de orientación de la paciente, juntamente con la compatibilidad de su sintomatología de dolor con la caída que sufrió el día anterior. Así se recoge: “...El médico de la Unidad, a la llegada al domicilio, refleja en su Informe Clínico que, en esos momentos, a las 6:17 horas, la paciente presentaba: *‘Caída hace 2 días, dolores múltiples, MMII, hombro, se cansa al caminar. No dolor torácico, no sudoración’*.”

*En la evaluación primaria, en esos momentos, se reflejaba: 'Estabilidad de la vía aérea con una ventilación normal, estabilidad hemodinámica, consciente y un con un Glasgow de 15'.*

*En la evaluación secundaria efectuada durante la atención de la paciente, se evaluó lo siguiente: 'En el estado neurológico orientado en tiempo, lugar y persona. En la fuerza y sensibilidad, ninguna alteración en extremidades. En los aparatos cardiorespiratorios ninguna anormalidad.*

*La paciente presentaba una TA de 180/75 mmHg, 61 lpm, 12 rpm, Sat de O<sub>2</sub> 93%, Glucemia de 90 mgr% y un Glasgow de 15.*

*En el electrocardiograma se observaba ritmo sinusal y signos crónicos de hipertrofia de cavidades izquierdas, con ondas T negativas de características crónicas en precordiales izquierdas. Finalizando la asistencia a las 06:43 horas con un el juicio clínico de dolor osteomuscular difuso, recomendando Paracetamol 1gr, cada 8 horas y seguimiento por su médico de Atención Primaria”.*

En el informe también se recoge la información sobre la posterior llamada, efectuada para solicitar el traslado en ambulancia de la misma paciente, valorando la totalidad de la asistencia del SUMMA 112, indicando: “Posteriormente, ya a las 12:28 horas se recibió una nueva llamada referente a esta misma paciente, en la que el médico de familia solicitaba una ambulancia, con carácter urgente, para trasladar a la paciente al hospital, al encontrar en la exploración signos de un posible accidente cerebro vascular.

*Tras analizar todos los datos derivados de la ficha informática del médico regulador, el audio de la llamada, así como la transcripción de la misma, se puede concretar que en el momento en que la hija de la paciente se puso en contacto con el SUMMA112, Doña...., parece ser que había sufrido una caída el día anterior, y que en esos momentos había perdido todo tipo de fuerza, y aunque previamente lograba deambular con andador,*

*en esos momentos le era imposible, le dolía mucho el pecho y el brazo izquierdo, y entonces la mano no la puede abrir.*

*Y, por otra parte, del informe clínico del médico que la atendió en el domicilio, se deduce que, en el momento de la asistencia, dicho profesional no observó déficit que hiciera pensar en una focalidad neurológica, como causa de la pérdida de movimientos.*

*Por ese motivo, en ese momento, no se consideró el cuadro como neurológico, que, aun teniendo en cuenta, los antecedentes previos de déficit de movilidad y la situación basal de la paciente, hubiera podido ser subsidiaria de un, tratamiento más agresivo.*

*Por todo lo anterior, desde esta Dirección consideramos que, independientemente de otras interpretaciones, no debería haberse considerado reproche en nuestra intervención”.*

Con posterioridad, consta la incorporación al expediente del informe de la Inspección Sanitaria, de fecha 23 de septiembre de 2022 -folios 1845 al 1851-.

En el mismo se repasa la asistencia cuestionada, los datos clínicos documentados y, tras efectuar diversas consideraciones médicas, se concluye que no existe evidencia de que la asistencia prestada haya sido incorrecta o inadecuada a la “*lex artis*”, ya que según consta en el informe del SUMMA 112, a la paciente se le realizó una exploración neurológica que, según aparece documentada arroja rasgos de normalidad, por lo que no hubo, en ese primer momento, sospecha de enfermedad neurológica

Posteriormente se concedió trámite de audiencia a la reclamante y, tras dos intentos infructuosos de notificación personal- folio 1854-, hubo de procederse a la notificación edictal, a los efectos previstos en el artículo 44 de la Ley 39/2015, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del

Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, en adelante LPAC, publicándose en el BOE del día 29 de noviembre de 2022.

No constan efectuadas alegaciones finales por la reclamante.

Incorporado todo ello al procedimiento, finalmente el día 20 de enero de 2023 se ha redactado la oportuna propuesta de resolución, proponiendo desestimar la reclamación, por no haberse demostrado una mala praxis, en la asistencia dispensada por el SUMMA 112.

**CUARTO.-** El consejero de Sanidad mediante oficio que tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid el día 26 de enero de 2023, formula preceptiva consulta.

La ponencia ha correspondido, por reparto de asuntos, a la letrada vocal Dña. Carmen Cabañas Poveda, quien formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, la cual fue deliberada y aprobada en la reunión del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora, en sesión celebrada el día 16 de febrero de 2023.

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 superior a 15.000 euros y por 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 13/22

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 parte interesada, según consta en los antecedentes, se regula en la LPAC, al haberse iniciado con posterioridad a la entrada en vigor de dicha norma.

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, en cuanto es la persona que recibió la asistencia sanitaria reprochada.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid ya que el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado por el SUMMA 112, que está integrado en la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid.

El plazo para el ejercicio del derecho a reclamar, es de un año, contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo (cfr. artículo 67.1 de la LPAC). En el caso sujeto a examen, se reclama por la asistencia efectuada por el SUMMA 112 la madrugada del día 19 de agosto de 2020, determinado una asistencia hospitalaria ulterior hasta el día 2 de septiembre de 2020, por lo cual debemos considerar formulada en plazo legal la reclamación del día 31 de agosto de 2021, sin necesidad de mayor análisis.

En cuanto 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 incorporado la historia clínica de la paciente, se ha emitido informe por parte de la responsable

médica del SUMMA 112, que es la única asistencia cuestionada y se ha adicionado al procedimiento el informe de la Inspección Sanitaria con el resultado expuesto en los antecedentes de este dictamen. Además, se ha conferido trámite de audiencia y se ha redactado la propuesta de resolución, remitida junto con el resto del expediente a esta Comisión Jurídica Asesora para su dictamen preceptivo.

En suma, de lo anterior cabe concluir que el procedimiento se ha tramitado de forma completa sin que se haya omitido ningún trámite que resulte esencial para resolver.

**TERCERA.-** La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 106.2 de la Constitución Española, que 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.

El desarrollo legal de este precepto se encuentra contenido actualmente en los artículos 32 y siguientes de la LRJSP, completado con lo dispuesto en materia de procedimiento en la ya citada LPAC. La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, por todas, las Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 11 de julio de 2016 (recurso de casación 1111/2015) y 25 de mayo de 2016 (recurso de casación 2396/2014), requiere conforme a lo establecido en el artículo 32 de la LRJSP:

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. Así, la Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de junio de 2007 (Recurso 10231/2003), con cita de otras muchas declara que *“es doctrina jurisprudencial consolidada la que sostiene la exoneración de responsabilidad para la Administración, a pesar del carácter objetivo de la misma, cuando es la conducta del propio perjudicado, o la de un tercero, la única determinante del daño producido aunque hubiese sido incorrecto el funcionamiento del servicio público (Sentencias, entre otras, de 21 de marzo, 23 de mayo , 10 de octubre y 25 de noviembre de 1995, 16/22 25 de noviembre y 2 de diciembre de 1996 , 16 de noviembre de 1998 , 20 de febrero , 13 de marzo y 29 de marzo de 1999)”*.

c) 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, alterándolo, en el nexo causal y sin que concurra una situación de fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005 y las sentencias allí recogidas) *“no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”*.

En la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público.

El criterio de la actuación conforme a la denominada “*lex artis*” se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios, pues la responsabilidad no nace sólo por la lesión o el daño, en el sentido de daño antijurídico, sino que sólo surge si, además, hay infracción de ese criterio o parámetro básico. Obviamente, la obligación del profesional sanitario es prestar la debida asistencia, sin que resulte razonable garantizar, en todo caso, la curación del enfermo. Según la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (Sección 5ª) de 15 de marzo de 2018 (recurso de casación 1016/2016), en la responsabilidad patrimonial derivada 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 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»*, por lo que *“si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido”* ya que *“la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados”*».

**CUARTA.-** En este caso, como ya hemos adelantado, la reclamante considera que fueron injustificadamente infravalorados los síntomas que presentaba la madrugada del día 19 de agosto de 2020, por parte del facultativo del servicio médico del SUMMA 112, que la revisó en su domicilio, entre las 06:15 y las 06:43 horas y que ello demoró el tratamiento de lo que resultaba ser la presentación de una grave patología cardiaca, que únicamente comenzó a tratarse cuando finalmente fue remitida horas después al Hospital Universitario Rey Juan Carlos, de Móstoles. A ese retraso, en su opinión motivado por las deficiencias de la

atención del SUMMA, atribuye las complicaciones sufridas y el peor pronóstico de su patología.

Centrado así el objeto de la reclamación, vamos a analizar los reproches de la reclamante, partiendo de lo que constituye la regla general y es 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, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 12 de noviembre de 2018 (recurso 309/2017), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo. Además, como añade la citada sentencia, *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica”*.

A partir de las anteriores premisas cabe considerar que la reclamante no ha aportado prueba alguna que acredite la infracción de la *lex artis* denunciada, ni el resto de los requisitos que exige la estimación de la responsabilidad de las administraciones públicas, limitándose a argumentar que, de la falta de profundidad de las iniciales atenciones, se deriva la gravedad de las secuelas que sufrió.

Frente a lo indicado, tanto el informe de la responsable del SUMMA 112, como el de la Inspección Médica, destacan los rasgos de normalidad de la evaluación neurológica de la paciente, durante toda la asistencia efectuada por el facultativo del SUMMA -tanto en la exploración inicial, como en la secundaria-, que no encajaban con la posibilidad de que estuviera sufriendo un ictus, al mantener la paciente las facultades cognitivas conservadas, un lenguaje coherente y fluente, sin afasia ni disartria, no presentar clara preferencia óculo-cefálica, ni asimetría facial y, también, la concurrencia de factores de confusión, tales como la edad de la paciente y el dato de la caída del día anterior, que justificaba los dolores que presentaba.

Por el contrario, la sintomatología propia de un ictus, ya sí aparecía en la exploración efectuada horas después, a cargo del centro de salud y fue constatada en las urgencias hospitalarias. Así la Inspección indica: *“En la evaluación inicial, lo más importante es la exploración neurológica, que en el caso del facultativo del SUMMA112 refiere que es normal, tanto en fuerza como en sensibilidad, en miembros superiores e inferiores”*.

Se destaca igualmente que esa sintomatología, no sugerente del ictus, no resulta coincidente con la que refería la hija, en cuanto a la pérdida de fuerza en extremidades izquierdas -por más que ese dato no pueda tenerse por acreditado, en el momento de la exploración inicial-; ni tampoco con la exploración efectuada por el facultativo del centro de salud, realizada varias horas después, ni con la constatada en las Urgencias hospitalarias.

Sin perjuicio de lo expuesto, partiendo de los datos documentados sobre la asistencia de la madrugada, la Inspección únicamente destaca que llama la atención que en el informe del SUMMA 112 figure una tensión arterial de 180/75, y que no se realizara ninguna intervención sobre ella: *“probablemente hubiera que haber administrado medicación hipotensora con observación posterior, si bien concluye:”...aunque no hay evidencia de que esto haya influido en la evolución de la enfermedad que presentaba la paciente”*.

Como ya indicamos, entre otros muchos, en los dictámenes 171/19, de 22 de abril y 87/20, de 27 de febrero, es evidente que el diagnóstico clínico es un proceso sumamente complejo, que se realiza en función de los síntomas que presenta cada paciente y de la manifestación de los mismos, que permiten al facultativo decidir la realización de pruebas diagnósticas que, a su vez, perfilan el diagnóstico final. En este sentido, como destacan las sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 26 de abril de 2018 (r. 75/2017) y de 31 de enero de 2019 (r. 815/2016): *“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 el presente caso, la inespecificidad de los síntomas que presentaba la reclamante, su edad y la circunstancia de la caída del día anterior, sin duda complicaron la detección inicial del problema principal aunque, según consta, el médico del SUMMA 112 permaneció en torno a media hora evaluando a la paciente y, además de su criterio médico, contó con la evidencia objetiva de un electrocardiograma, que tampoco detectó que se estuviera produciendo un ictus.

Explica en su informe la Inspección que, el proceso diagnóstico de un ictus incluye los siguientes apartados: historia clínica, exploración general y neurológica y exploraciones complementarias. Todas estas actuaciones se desarrollaron en este caso, lógicamente en el contexto de una atención domiciliaria que, no obstante, incluyó un electrocardiograma que tampoco denotó el problema; sin duda porque, según también se explica en ese mismo informe, los síntomas de un ictus dependen de la región del cerebro donde se produce la isquemia y, por todo ello, la Inspección Médica concluye descartando responsabilidades pues: *“no existe evidencia de que la asistencia prestada haya sido incorrecta o inadecuada a la “lex artis”.*

Conclusión a la que debemos atenernos dado que el informe de la Inspección Sanitaria obedece a criterios de imparcialidad, objetividad y profesionalidad, como ha puesto de manifiesto el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en multitud de sentencias, entre ellas la dictada el 24 de febrero de 2020 (recurso nº 409/2017): *“...sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis, puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del médico inspector, y de la coherencia y motivación de su informe”.*

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

## **CONCLUSIÓN**

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada al no haberse acreditado la existencia de mala praxis en la asistencia cuestionada.

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 16 de febrero de 2023

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 78/23

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid