

Dictamen n.º: **551/24**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **19.09.24**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 19 de septiembre de 2024, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por la consejera 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 un supuesto retraso y ciertas lesiones que considera le fueron producidas, durante su traslado para ser atendido de urgencia en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, tras sufrir un infarto.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por escrito presentado el día 28 de noviembre de 2022, en el registro telemático del SERMAS, la persona arriba indicada, formuló una reclamación de responsabilidad patrimonial por un supuesto retraso y ciertas lesiones que considera le fueron producidas, durante su traslado para ser atendido de urgencia en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, tras sufrir un infarto.

En su escrito de reclamación explica que, tras sufrir un infarto en su domicilio, el día 28 de marzo de 2022, fue trasladado por una ambulancia del SUMMA 112 al Hospital General Universitario Gregorio

Marañón y afirma que, el citado recurso no contaba con personal debidamente cualificado y que tardaron bastante en llegar, pese a la gravedad de su patología.

Además, mantiene que tras llegar al Hospital General Universitario Gregorio Marañón, fue trasladado en una silla de ruedas para ser intervenido con urgencia del infarto agudo de miocardio que estaba sufriendo y que, durante ese traslado, o en el anterior, efectuado con un recurso del SUMMA, le produjeron la rotura de tibia y peroné del pie derecho, manifestando que, aunque en los informes médicos se indica que dichas fracturas se produjeron en su domicilio, *“expertos médicos en la materia, le han informado que esa rotura sólo se pudo producir en el momento del trasladarlo en silla de ruedas, a la camilla o al quirófano, por dejar el pie muerto sin colocarlo con la debida diligencia o profesionalidad, que este tipo de intervenciones requieren”*, considerando que los informes médicos emitidos al efecto faltan a la verdad, por corporativismo y falta de rigor.

En materia probatoria, se adjunta a la reclamación diversa documentación médica sobre la asistencia dispensada y se interesa la prueba testifical del personal médico-sanitario que atendió al paciente, tanto del SUMMA-112, como del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, que efectuó su traslado al quirófano.

Igualmente, en su escrito de reclamación, el interesado designa a los letrados de un despacho de abogados para continuar la tramitación del expediente en su representación y adjunta el correspondiente apoderamiento notarial -folio 1 al 25 del expediente-.

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

El paciente, con 67 años de edad en ese momento, tenía antecedentes de hábito tabáquico, dislipemia, hipertensión arterial,

obesidad, cardiopatía isquémica con debut en el año 1997 y antecedentes quirúrgicos de hernia de hiato.

Por todo ello tomaba la siguiente medicación: Covals 320 mg, Hidroclorotiacida 100 mg, Ezetimiba 10 mg, Adiro 100 mg, Atenolol 50 mg, Armolipid plus, Zolpidem 10 mg y Diacepam a demanda.

El 27 de marzo de 2022, a las 08:37 h, se produjo una llamada telefónica a la central telefónica del SUMA 112, en la que el alertante manifestó que, *“se lo ha encontrado en el suelo, con dolor torácico típico que le recuerda a anterior infarto agudo de miocardio, sudoración y disnea”*. También se hizo notar que el paciente, como antecedentes personales presentaba haber sufrido anteriormente 2 infartos agudos de miocardio.

Recibió asistencia en su domicilio a cargo de una Unidad de Soporte Vital Avanzado dependiente del SUMMA 112, a las 08:47 h, que documentó: *“Avisan por pérdida de conocimiento y dolor torácico. Antecedentes de cardiopatía isquémica en 1994, no hay informes ni los aporta la familia. Tienen electrocardiogramas con Q en V2-V3, resto sin alteraciones. A nuestra llegada en el suelo, pálido, sudoroso, impresiona de gravedad, refiere epigastralgia y estreñimiento por lo que toma diariamente laxantes...”*.

Se dispuso el traslado urgente del paciente al Hospital General Universitario Gregorio Marañón -HGUGM- y el traslado se llevó a efecto mediante una ambulancia SERVEO-SASU. El informe describe esta intervención, indicando: *“...08:59 hs....Entre los tres Técnicos Sanitarios presentes en el domicilio se procede a acomodar al paciente en la silla de traslado y se baja inmediatamente a la ambulancia.*

Una vez en el portal, se traspasa al paciente a la camilla de la ambulancia con sumo cuidado, sin que se produzca golpe o lesión alguna...

...10:07 hs.: Llegada al centro hospitalario, donde debido a la gravedad del paciente, se deriva directamente a la planta de Cardiología, donde se realiza la transferencia de la camilla de la ambulancia a la cama del hospital, con ayuda del personal del centro, sin incidentes”.

En cuanto a lo documentado sobre el traslado y posterior asistencia en el HGUGM, se describe de la siguiente forma: “...Historia actual: Acude traído por SUMMA como código infarto. Inicia dolor abdominal con irradiación mandibular a las 08.30 am, con intenso cortejo vegetativo asociado. Realizan ECG (electrocardiograma) seriado hallándose en dos de ellos elevación del ST inferior, que posteriormente corrige. Al momento de su llegada sin dolor...

...Resumen de pruebas complementarias: ...

*...*Coronariografía: TCI (tronco coronario izquierdo) largo sin lesiones. Descendente anterior: vaso con tratamiento previo con stent con reestenosis muy severa. El lecho distal y el árbol terciario están severamente enfermos. Circunfleja de escasa entidad con ateromatosis difusa sin lesiones significativas. Coronaria derecha dominante. Vaso de gran desarrollo y calibre que suple el territorio de la circunfleja. Presenta ateromatosis difusa con lesión severa en IVP (interventricular posterior) distal. No se objetivan lesiones de aspecto agudo en su trayecto ni tampoco imagen sugestiva de embolia.*

**Angioplastia: con catéter EBU (Extra Back Up) 3.5 y 1000 JU de heparina se cruza guía sion blue hacia DA (descendente anterior) distal. Procedimiento guiado por OCT (tomografía de coherencia infraexpansión y proliferación neointimal que alterna con otra zona desestructurada con*

falta de recubrimiento intimal a dicho nivel. Predilatación con balón NC© de 3 y 3.5 mm a nivel del stent.

Implante de stent SYNERGY 2.75x28 mm, ajustado a nivel distal antes de la salida de ramo diagonal y proximal, sin entrar en tronco. Optimización proximal con balón NC© 3.5 mm (inflado prolongado).

Se comprueba buen resultado final por OCT sin imágenes de disección. Diámetro máximo conseguido de 3 mm”.

El día siguiente, 28 de marzo de 2022, se cursó una interconsulta a Traumatología y se recogió; “Nos avisan para valoración de focalidad traumática en tobillo derecho, en contexto de infarto agudo de miocardio, que precisó revascularización, hoy 28/3/22...”

... EF (exploración física): Tumefacción en cara lateral de tobillo. No dolor a la palpación de ligamento medial. No deformidad. NVD (neurovascular distal) conservado.

RX: Fractura transindesmal de peroné distal, sin desplazar + canto posterior sin escalón en Rx lateral. Adecuada congruencia tibioperoneo-astragalina.

JUICIO: Fractura de tobillo derecho...

...Diagnóstico principal: SCASEST (síndrome coronario agudo sin elevación de ST). CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA. REESTENOSIS SEVERA DE STENT EN DESCENDENTE ANTERIOR. ESTENOSIS SEVERA DE IVP PARA TRATAMIENTO MEDICO. FEVI (fracción de eyección del ventrículo izquierdo) NORMAL.

Otros diagnósticos:

FRACTURA DE TOBILLO DERECHO

HTA (hipertensión arterial), DL (dislipemia), TABAQUISMO...”.

En el evolutivo de Enfermería del mismo día, a las 11:45 h, se recogió *“...Refiere desde su ingreso dolor en pie derecho, parece ser que perdió el conocimiento en casa y se golpeó...”* (...) y, a las 19:48 h, se anotó: *“Retirada pulsera de radial derecha. No sangrado ni hematoma. Pulsos positivos. Presenta hematoma en tobillo derecho...”*.

Por su parte, el evolutivo de Cardiología del mismo día 28 de marzo de 2022, a las 01:57 h, recoge: *“...Presenta tras caída en Unidad Coronaria fractura de tobillo derecho, valorado por Traumatología, colocan escayola y recomiendan seguimiento en 7-10 días en consulta de Traumatología...”*.

En las asistencias posteriores a cargo del Servicio de Traumatología, consta el seguimiento posterior de la evolución de la fractura. El día 15 de junio de 2022, se anotó: *“Paciente de 65 años que acude para revisión de fractura transindesmal de tobillo derecho. El día 28 de marzo tratada de manera conservadora por situación clínica del paciente (IAM -infarto agudo de miocardio- causa de la caída). Actualmente botín de yeso cerrado, en descarga (11 semanas desde la fractura). En descarga parcial con tobipié + botín cerrado. Tratamiento con enoxaparina 40mg cada 24 horas.*

Retiro botín. Buen estado de partes blandas, sin signos de sufrimiento cutáneo a ningún nivel. No dolor sobre foco de fractura. No dolor a la palpación de ligamento deltoideo ni externo. Refiere únicamente leve dolor en zona anterior de retropié sobre tendones extensores. NVD (neurovascular derecho) conservado.

Rx: Signos de consolidación. No desplazamiento de fragmentos maleolo externo. Mortaja simétrica, no apertura de espacio medial.

Juicio: Adecuada evolución fractura transindemal de tobillo derecho...”.

En posterior consulta del 11 de julio de 2022, se anotó: “... Motivo de consulta: Fractura transindesmal tobillo derecho 28/03 en contexto de síncope por SCASEST. Tratamiento conservador (15 semanas). Carga protegida con Walker desde el 15/06 (4 semanas). Situación actual: Buen control del dolor, no precisa rescates. Deambula con Walker para salidas a la calle. En domicilio refiere que no utiliza Walker.

Exploración física: No tumefacción ni eritema. No dolor a la palpación sobre foco de fractura ni sobre ligamento deltoideo lateral externo. NVD conservado. BA (balance articular): flexión dorsal completa 10° y plantar completa. Inversión y eversión completa.

Pruebas complementarias: Rx tobillo derecho: Datos de consolidación sin desplazamientos secundarios.

JC (juicio clínico): adecuada evolución fractura transindemal tobillo derecho...”.

En el seguimiento en consulta del día 17 de agosto de 2022, se documentó: “...Fractura transindesmal tobillo derecho 28/03 en contexto de síncope por SCASEST.

Tratamiento conservador 4 meses. Carga protegida con Walker desde el 15/06 (4 semanas). Acude a consulta deambulando sin Walker y sin ayuda de muletas.

EF: No dolor a la palpación de maléolos, ligamento colateral ni deltoide. No tumefacción. BA (balance articular) completo. NVD conservado...”.

TERCERO.- Presentada la reclamación, 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 (LPAC).

Mediante oficio de 9 de diciembre de 2022, notificado al reclamante el día 14 del mismo mes y año, se comunicó al reclamante la incoación del procedimiento, la normativa rectora y el sentido desestimatorio del eventual silencio, si el procedimiento no fuera resuelto en el plazo de seis meses.

Igualmente, el día 22 de diciembre de 2022, acusó recibo del procedimiento la aseguradora del SERMAS.

Se ha incorporado a continuación al procedimiento el expediente la historia clínica del paciente, y, en cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81 LPAC, se han incorporado informes suscritos por los responsables de los servicios de Enfermería del Área del Corazón; el del SUMMA de 6 de febrero de 2023; el del jefe de Sección de Cuidados Cardiológicos Agudos de 21 de febrero de 20023 y otros dos del Servicio Ortopédico y Traumatología de 19 de diciembre de 2022 y de 21 de febrero de 2023.

El informe suscrito por la jefa de Enfermería del Área del Corazón, de 15 de diciembre de 2022, indica que -folio 29-: *«Con fecha 28 de marzo de 2022, en comentario de Enfermería se puede apreciar que “parece ser perdió el conocimiento en casa y se golpeó”. Adjunto copia del Comentario de Evolución “Estable hemodinámicamente. Refiere desde su ingreso dolor en pie derecho, parece ser que perdió el conocimiento en casa y se golpeó. Se pide interconsulta a trauma, pedida rx de tórax. Tras rx traslado al área. Informado el paciente. Toda la mañana inquieto y parece poco colaborador”.*

No hay ningún comentario ni registro por parte de Enfermería de ninguna caída de D...en la Unidad Coronaria».

El del SUMMA -folios 112 al 125- suscrito por su directora Médica y Asistencial el día de 6 de febrero de 2023, repasa la secuencia cronológica de la intervención efectuada a su cargo, indicando que el día 27 de marzo de 2022, se recibió una llamada en la Central de Emergencias de este organismo, atendida por una médica reguladora del SUMMA 112 en la que se indicaba que el alertante había encontrado al paciente en el suelo y refería la sintomatología que presentaba y que, con esa información la médica activó una Unidad de Soporte Vital Avanzado –VIR- y una ambulancia de traslado, que a las 8:47 horas ya se encontraban en el domicilio atendiendo al paciente.

Se transcribe también, parte del informe clínico emitido por los profesionales que le atendieron, donde se recogió que, a su llegada al domicilio, el paciente estaba en el suelo, pálido sudoroso, que presentaba epigastralgia y estreñimiento e impresionaba de gravedad. Que les refirió que había sufrido dos episodios similares, con dolor abdominal tipo cólico y pérdida de conocimiento. Ante esa situación se monitorizó al paciente, presentado leve hipotensión (96/68), ecocardiograma sin alteraciones, iniciando analgesia, antiemético e ibuprofeno, persistiendo la sudoración y el dolor abdominal y repitiendo el ecocardiograma, presentado ya elevación del ST en II, III y Avf, por lo que se activó el “Código Infarto”, además de administrar doble agregación, cloruro mórfico y se realizó alerta hospitalaria. Añaden que, durante la asistencia y el traslado se mantuvo hemodinámicamente estable, sin precisar ningún otro tratamiento y que se explicó la situación al paciente y a sus hijas, presentes ambas, recogiendo los nombres y teléfonos móviles de ambas.

El informe añade que, se contactó con la Mesa de Coordinación, para proceder a dar el preaviso por “Código Infarto” y buscar un hospital útil receptor del paciente, que resultó ser el HGUGM.

Que en ese hospital fue aceptado con la indicación de transferir al paciente a la Sala de Hemodinámica, tal como se previene en el protocolo del procedimiento del “Código Infarto”.

Finalmente se indica que, se había solicitado información adicional al médico, técnico y enfermera de la primera asistencia y a la empresa prestataria del servicio de ambulancia, SAFE URGENCIAS 2016 UTE, adjuntando las repuestas.

En cuanto a la información de los responsables de la primera asistencia, en el domicilio, se acompaña al informe la del médico, que además de reiterar lo ya expuesto, recoge que cuando llegaron al domicilio encontraron al paciente tendido en el pasillo, decúbito supino y el mismo les indicó que, cuando iba al aseo, sufrió una pérdida brusca de conocimiento; que durante la atención se les solicitaron a los parientes allí presentes los informes de las anteriores asistencias, que no pudieron localizar en ese momento y que, tras unos minutos se le diagnosticó la cardiopatía isquémica y se informó de su situación al paciente y de que debía ser traslado de modo urgente al hospital, recibiendo consentimiento verbal, lo que se explicó también a sus hijas.

Indica igualmente el informe que, durante la asistencia en el domicilio, en varias ocasiones, el paciente les faltó al respeto y puso en tela de juicio su trabajo; aunque no lo tuvieron en cuenta, por la grave situación que atravesaba el afectado.

En cuanto a su conexión con el hospital de destino, señalan que siguiendo los protocolos del “Código Infarto” y los del SUMMA 112, realizaron alerta hospitalaria para que la sala de Hemodinámica y los médicos estuvieran esperándolos cuando llegaran, de forma que a su llegada al hospital, el paciente fue traslado en camilla hasta la referida sala y que, no se efectuó en ningún momento la transferencia en una silla, llevándose a efecto en camilla, como previenen los protocolos aplicables,

retirándose cuando dejaron al paciente en la sala de Hemodinámica, a cargo de los cardiólogos.

En la contestación del técnico que atendió al paciente en su domicilio, indicó que dado el tiempo transcurrido entre la intervención y la solicitud de información -31 de enero de 2023-, no la recordaba.

En cuanto a la información proporcionada por el personal de la ambulancia, respecto a las circunstancias del traslado, se indica que presenciaron que se atendió al paciente por los profesionales médicos y sanitarios, cuando encontraron al paciente tendido en el suelo.

Que el traslado al hospital se efectuó cuidadosamente por tres técnicos, mediante una silla de traslado y, una vez en el portal se le acomodó en la camilla, con las pertinentes medidas de sujeción, para llevarlo en ambulancia a las Urgencias del HGUGM.

Una vez en el hospital, debido a la gravedad del paciente, se le derivó directamente a Cardiología, donde se efectuó la transferencia de la camilla de la ambulancia a la del hospital, con ayuda del personal del centro y sin incidentes, a las 10:07 h, finalizando el aviso y comunicando su operatividad al SUMMA 112.

Por todo ello se concluye que las lesiones que motivan la reclamación no pudieron ser causadas durante el traslado.

El informe de Cardiología, de 21 de febrero de 2023, -folios 126 al 130- suscrito por el jefe de la Sección de Cuidados Cardiológicos Agudos, del Servicio de Cardiología de HGUGM, indica que: *«...En el comentario de evolución de Enfermería del día del ingreso ya se menciona que presentaba hematoma en tobillo derecho. Es importante destacar que ese comentario seguía en cama ese día, y que no se había levantado todavía. Además, no figura comentario de ninguna caída en ningún momento.*

Cuando la doctora...escribe, la misma noche del ingreso, el comentario que se copia en el informe del alta: “presenta tras caída en Unidad Coronaria fractura de tobillo derecho”, le faltó por poner una coma, lo correcto sería: “presenta tras caída, en Unidad Coronaria fractura de tobillo derecho”. De hecho, ese mismo día hay un comentario de Enfermería, indicando: “refiere desde su ingreso, dolor en el pie derecho, parece ser que perdió el conocimiento en casa y se golpeó...”».

También se ha incorporado al procedimiento el informe de la Inspección Sanitaria de fecha 5 de abril de 2024 -folios 130 al 151- que analiza la asistencia cuestionada y concluye que fue correcta según los criterios de la *lex artis ad hoc*.

El 24 de mayo de 2024, se dio traslado de lo actuado al reclamante, para que efectuara las alegaciones que tuviera por pertinentes y el 14 de junio se hizo uso del trámite, mediante escrito que en síntesis insiste en su planteamiento inicial, considerando contradictorios los datos de los informes y manteniendo que todo ello le conduce a pensar que, efectivamente hubo una negligencia que permitió que, o bien en el traslado en silla de ruedas o bien una vez estando en la Unidad Coronaria, cayera al suelo y se fracturase el tobillo.

Además, se anulaba el apoderamiento efectuado primeramente a favor de los anteriores letrados y se confería otro en favor de otra letrada.

Finalmente, el 28 de junio de 2024, se ha formulado propuesta de resolución, desestimatoria de la reclamación, al no haberse acreditado el daño antijurídico alegado por el reclamante. La propuesta igualmente da contestación a la solicitud del reclamante, para que declaren como testigos el personal médico- sanitario que le atendió, tanto del SUMMA-112 como el que efectuó el traslado al quirófano, argumentando que en el expediente ya constan los informes preceptivos de los servicios implicados, por lo que no procede realizar una prueba testifical

presencial de los mismos como pretende el reclamante, de acuerdo con el artículo 77.3 de la LPAC.

CUARTO.- Por escrito de la consejera de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 10 de julio de 2022, se formuló preceptiva consulta a este órgano.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 496/24, a la letrada vocal Dña. Carmen Cabañas Poveda que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 19 de septiembre de 2024.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo está acompañado de documentación, adecuadamente numerada y foliada, que se considera suficiente.

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 por solicitud de la consejera 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, a la vista de la fecha de la reclamación iniciadora del procedimiento; se regula en la LPAC 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.

El reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 32.1 de la LRJSP, en cuanto es la persona que recibió la asistencia sanitaria que considera incorrecta.

Se cumple, igualmente, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid puesto que, tanto el SUMMA 112, como el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, dependen de la red asistencial del SERMAS.

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 asistencia cuestionada se habría producido el 28 de marzo del 2022 y la reclamación se formuló el día el 28 de noviembre del mismo año, por lo que no cabe duda de que se encuentra formulada en plazo legal.

El cuanto a su desarrollo procedimental, el procedimiento seguido no adolece de ningún defecto de anulabilidad o nulidad, puesto que se han llevado a cabo todas las actuaciones necesarias para alcanzar adecuadamente la finalidad procedimental y, así, se han solicitado los

informes preceptivos, de los servicios implicados en la asistencia del paciente el día referenciado, previstos en el artículo 81 LPAC, esto es, el del SUMMA 112 Y loa de los servicios de Cardiología -constando también el del responsable de la Sección de Cuidados Cardiológicos Agudos-, el del Servicio Ortopédico y Traumatología.

Además, igualmente se ha emitido el informe de Inspección médica de fecha 5 de abril de 2024, incorporándose todos ellos al expediente.

Debemos apuntar que la denegación de la prueba testifical propuesta por el reclamante debiera haberse efectuado mediante una resolución independiente y con anterioridad a la propuesta de resolución, permitiendo así que el reclamante efectuara las pertinentes alegaciones al respecto, conforme previene el artículo 77.3 de la LPAC; por mucho que haya sido adecuadamente denegada.

Finalmente, y después de la incorporación al procedimiento de todo el material probatorio, se ha concedido el trámite de audiencia al reclamante, que ha efectuado alegaciones finales, aun sin introducir novedad en sus planteamientos y, por último, se ha dictado propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al no concurrir la antijuridicidad del daño.

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.

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.

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 6ª Sala C-A, 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.- Procede a continuación aplicar la anterior doctrina al presente caso, concretando que el reclamante reprocha tardanza y falta de profesionalidad en la asistencia en su domicilio del SUMMA; además de cuestionar el traslado al HGUGM y atribuir la fractura de su tobillo derecho al traslado desde el domicilio a la ambulancia o al realizado desde la ambulancia al quirófano del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Centrado así el objeto de la reclamación, vamos a analizar los reproches enunciados, partiendo de lo que constituye la regla general, que considera determinantes las valoraciones técnico médicas para enjuiciar la praxis médica y, además, en materia de carga de la prueba, previene 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 8 de abril de

2022 (recurso 1079/2019), 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”*.

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

En este caso el reclamante no ha incorporado al procedimiento ningún tipo de acreditación de que la asistencia del SUMMA 112, fuera desarrollada de forma poco rigurosa o por personal no cualificado, ni de que se demorase más de lo debido, ni tampoco de que mediara irregularidad durante los traslados del paciente, sin que sirvan a este propósito las afirmaciones contenidas en el escrito de reclamación, sin sustento probatorio alguno.

Dicha falta de esfuerzo probatorio contrasta con las explicaciones vertidas en el informe de la responsable médica asistencial de SUMMA 112, que explica la composición y cualificación de la unidad de emergencia que atendió al paciente en su domicilio y los datos temporales en que se produjo.

Además, la historia clínica documenta que tras la llamada al 112, se activó una Unidad de Soporte Vital Avanzado (VIR-vehículo de intervención rápida) y también una ambulancia de traslado, de forma que se activaron recursos que contaban con enfermera, médico y

técnicos de transporte sanitario, debidamente cualificados, destacando la rapidez con que procedieron a detectar la patología que aquejaba al paciente y a adoptar adopción de las pertinentes medidas para estabilizarlo y trasladarlo con seguridad y rapidez hasta el HGUGM, donde podría ser tratado adecuadamente de su situación de emergencia cardiovascular, como efectivamente se produjo. Por tanto, en palabras de la Inspección Médica, *“se utilizó pertinentemente al personal y los medios materiales disponibles. El paciente no aporta datos que respalden la apreciación sobre la escasa cualificación del personal sanitario, por contra se desprende de la historia clínica la diligencia y buen criterio con el que actuó el mismo”*.

En cuanto al supuesto retraso, debemos recordar que, se denomina “Código Ictus” al procedimiento de actuación y asistencia sanitaria pre hospitalaria basada en el reconocimiento precoz de los signos y síntomas de un ictus de probable naturaleza isquémica (disminución importante del flujo sanguíneo cerebral, de forma anormalmente brusca), con la consiguiente priorización de cuidados y traslado inmediato por parte de los Servicios de Urgencia a un hospital con “Unidad de Ictus” de aquéllos pacientes que, por sus condiciones clínicas, puedan beneficiarse de una terapia de reperusión y de cuidados especiales en una Unidad de Ictus.

Por lo tanto, el objetivo de este procedimiento es que el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas a la llegada a la puerta del hospital no sea superior a 2 horas y en lo que afecta a la operativa de detección y traslado al hospital que, el tiempo transcurrido desde la transmisión del aviso por parte del Centro Coordinador de Urgencias a la llegada a la puerta de hospital sea menor de 1 hora.

En el presente supuesto, según consta referenciado en el informe de los responsables del traslado, que se adjunta al suscrito por la responsable de asistencia médica del SUMMA, el 27 de marzo de 2022, a las 08:59 h, la unidad llegó al lugar del aviso, donde ya estaba el VIR -

vehículo de intervención rápida- y pasados unos 30 minutos se visualizó el infarto agudo de miocardio y se decidió activar el traslado, de modo que, entre ese momento, a las 9:29 h y el de llegada al HGUGM, que tuvo lugar a las 10:07 h, no había transcurrido una hora.

Tal valoración coincide, además, con la efectuada por la Inspección Sanitaria que, en su informe establece: *“Analizando la documentación aportada se comprueba que el tiempo de respuesta es adecuado y se actúa con la celeridad que requiere la gravedad de la patología”* y, de forma más general, valorando en su conjunto la asistencia de emergencia a que dio lugar la intervención ante un “Código Ictus”, señala en otro lugar que: *«En consecuencia, discrepo de las acusaciones de “falta a la verdad”, “corporativismo de protección” y “falta de rigor a la hora de cumplir con los protocolos sanitarios” que emite el perjudicado. Creo que tales apreciaciones se pueden enmarcar en el ámbito de las opiniones subjetivas y que no están fundamentadas en ningún documento analizado»*.

En cuanto a las concretas circunstancias del traslado y a la posibilidad de que durante el mismo, tuviera lugar la fractura del tobillo, tal como el interesado mantiene, debemos poner de manifiesto que, según se explicó por los responsables del indicado traslado, durante todo el proceso, únicamente se empleó una silla de traslado para bajar al paciente desde su vivienda al portal, siendo entonces colocado en una camilla, que sirvió para introducirlo en la ambulancia y, cuando llegaron al HGUGM, efectuar la transición de la ambulancia al quirófano del hospital, que se realizó de camilla a camilla y sin incidencias; contradiciendo la versión del paciente en la que afirma fue de silla a camilla.

En sustento de lo expuesto debemos resaltar que, en los evolutivos de los distintos profesionales, se indica como posible causa de la fractura de tobillo derecho la caída en su domicilio. Así, desde Traumatología, se

indica: *“Fractura transindesmal tobillo derecho en contexto de síncope por SCASEST”, los responsables de la asistencia en el domicilio anotaron: “se lo ha encontrado en el suelo, dolor torácico típico” y también: “Entre los tres Técnicos Sanitarios presentes en el domicilio se procede a acomodar al paciente en la silla de traslado y se baja inmediatamente a la ambulancia. Una vez en el portal, se traspasa al paciente a la camilla de la ambulancia con sumo cuidado, sin que se produzca golpe o lesión alguna...” y en los evolutivos de Enfermería: “...refiere desde su ingreso dolor en pie derecho, parece ser que perdió el conocimiento en casa y se golpeó...”. Por todo ello concluye la Inspección Sanitaria que: “No existe indicio de causa iatrogénica como sugiere el paciente”.*

A mayor abundamiento, el informe del Servicio de Cardiología aclara la razón por la cual la anotación del evolutivo de Cardiología del 28 de marzo de 2022, a las 01:57 horas, en que se apoya el reclamante, conduce erróneamente a pensar que la caída causante de la fractura del tobillo derecho, se hubiera producido en la Unidad Coronaria, explicando que falta una coma en la mención del indicado evolutivo, que cambia el sentido de la frase.

Así las cosas, se hace patente que tampoco en este asunto puede acogerse el planteamiento del reclamante y afirmar que sus recuerdos sobre el proceso del traslado no son precisos, ni correctos, dada la situación en que se encontraba, sufriendo un infarto agudo de miocardio, resultando la explicación más plausible la de que la fractura se produjo al desplomarse en su domicilio, cuando caminaba en dirección al aseo, ya afectado por los primeros síntomas del infarto.

A la vista de todo lo expuesto, la Inspección sanitaria concluye que en este caso: *“Considero que se obró acorde a los conocimientos científicos y protocolos actuales, así como se hizo uso de los medios disponibles en cada momento.*

- Creo que no existe una relación de causalidad entre la conducta administrativa y el daño causado.

- Se puede concluir por lo señalado anteriormente que no se cumplen los requisitos imprescindibles para considerar la responsabilidad patrimonial.

-Por tanto, la asistencia sanitaria fue correcta según los criterios de la lex artis ad hoc”.

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 haber acreditado la existencia de mala praxis, ni concurrir la antijuridicidad del daño.

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 19 de septiembre de 2024

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 551/24

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid