

Dictamen n.º: **12/25**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **09.01.25**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 9 de enero de 2025, 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 de oficio por la citada consejería, por los retrasos y disfunciones en los traslados arbitrados para que recibiera tratamiento rehabilitador D., (en adelante, “*el paciente*” o “*el interesado*”), que fueron objeto de una queja al Defensor del Pueblo.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El día 27 de noviembre de 2024, tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora la solicitud de dictamen preceptivo sobre reclamación de responsabilidad patrimonial mencionada en el encabezamiento, cursada a través de la consejera de Sanidad.

A dicho expediente se le asignó el número 792/24, comenzando el día señalado el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 23.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora,

aprobado por Decreto 5/2016, de 19 de enero, del Consejo de Gobierno (en adelante, ROFCJA).

La ponencia ha correspondido, por reparto de asuntos, 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 9 de enero de 2025.

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

I.-Sobre las circunstancias de la iniciación del procedimiento.

Según consta, con anterioridad a este procedimiento, el padre del paciente cursó una queja al Defensor del Pueblo, con número de referencia, referida a ciertas deficiencias en el desarrollo de diversos traslados efectuados por el SUMMA 112, que habrían afectado a su hijo.

En concreto, se denunciaban deficiencias en el funcionamiento del servicio de traslados en ambulancia del paciente, a un recurso de rehabilitación que tenía programado, tras haber sufrido un ictus. Se indicaba que la empresa encargada de tales traslados, “Vitalia Servicios Sanitarios S.A”., habría incurrido en varios retrasos que originaron que el afectado perdiera algún día de tratamiento y/o tuviera que efectuar diversos cambios de las citas que tenía programadas.

Tras las correspondientes averiguaciones efectuadas en el seno del expediente de control a la Administración sanitaria autonómica, con ocasión de las que se solicitó informe al referido Servicio de Urgencias Médicas; con fecha 14 de febrero de 2023, el Defensor del Pueblo dirigió un oficio al –entonces- consejero de Sanidad, en el que

explicaba que, la contratista encargada de esos traslados había atribuido los desajustes en la ejecución de algunos desplazamientos, a la alta demanda de solicitudes de traslado dentro de la misma franja horaria y, por tanto, consideraba que se había reconocido que la prestación del servicio en este caso, no se había realizado ni en forma, ni en el tiempo adecuado.

Además, ponían en consideración del SUMMA 112, que: en la atención al daño cerebral adquirido es necesario que la intervención neurorehabilitadora se inicie de modo temprano, a fin de obtener la mejor recuperación funcional y social.

En su virtud, el Defensor del Pueblo solicitaba a la Administración sanitaria madrileña la emisión de un informe complementario, en el que se valorara la pertinencia de la incoación de oficio de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de la administración, ex. artículo 58 de la Ley 39/2015, de 2 de octubre de Procedimiento Administrativo Común -LPCA- y de instruir un expediente que valorara la eventual infracción o incumplimiento contractual de la empresa encargada de la gestión de los traslados.

A la vista de todo ello, de acuerdo con el art. 61 de la LPAC, el entonces viceconsejero de Gestión Económica y director general de Gestión Económica del Servicio Madrileño de Salud, en el ejercicio de la competencia asignada por el artículo 23.2 i) del Decreto 24/2008 de 3 abril (modificado por Decreto 66/2022, de 20 de julio), del Consejo de Gobierno, por el que se establece el régimen jurídico y de funcionamiento del Servicio Madrileño de Salud, mediante resolución de fecha 3 de abril de 2023, acordó iniciar de oficio un procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial, por los hechos relatados, por si pudieran dar lugar a indemnización, al haber producido alguna lesión en bienes y derechos titularidad de los

particulares y dar traslado del acuerdo al interesado, al efecto de que pudiera personarse en el procedimiento en defensa de sus intereses.

II. Sobre la asistencia sanitaria cuestionada.

La queja antes referida, se refiere a la asistencia dispensada a un paciente varón, de 74 años de edad, en el momento de la fecha de la atención reclamada.

El interesado presentaba como diagnóstico principal un hematoma intraparenquimatoso temporoinstular izquierdo, en lecho de infarto previo, de probable causa cardioembólica.

Además, como diagnósticos secundarios, se había establecido que presentaba sobredosificación por Sintrom y padecía cardiopatía isquémica crónica con FEVI moderadamente deprimida; diabetes mellitus tipo 2; hipertensión arterial; hiperhomocisteinemia, déficit de vitamina B12; insuficiencia renal reagudizada, con deterioro funcional agudo; síndrome de caídas; anemia normocítica normocrómica con sangre oculta en heces positiva y estable, así como episodios de diarrea intermitentes autolimitados, sin productos patológicos.

Según resulta de la documentación remitida, el paciente había sido atendido en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón-HGUGM-, del 4 al 6 de mayo de 2021, por haber sufrido un ictus isquémico, recibiendo el alta a domicilio. El día 12 de mayo, acudió de nuevo a las Urgencias del mismo hospital, con clínica neurológica, por presentar al despertar, alteración del lenguaje, discurso inconexo y confusión, siendo ingresado nuevamente en la Unidad de Ictus, hasta el día 27 de mayo y luego en el centro de rehabilitación Instituto Provincial de Rehabilitación, que es un centro de especialidades vinculado al HGUGM, hasta el día al 13 de julio de 2021. En esa última fecha se le concedió el alta hospitalaria, para continuar la rehabilitación en la Clínica San Vicente, siendo este un centro

concertado con la sanidad madrileña, especializado en el tratamiento del daño cerebral rehabilitable, en donde permaneció ingresado entre el 13 de julio y el 8 de septiembre de 2021.

Tras el alta a su domicilio, se le programó continuar con tratamiento neurorrehabilitador de forma ambulatoria, en hospital de día, en la misma Clínica San Vicente.

El traslado al centro indicado, desde su domicilio, se acometería mediante un servicio de transporte sanitario no urgente, gestionado por el SERMAS, a través del SUMMA 112, que fue ejecutado de forma indirecta, mediante el concierto con una empresa de transporte sanitario para esa zona: Vitalia Servicios Sanitarios SA.

Se indicaron al paciente sesiones diarias, de lunes a viernes, con un horario programado de actividad rehabilitadora, entre las fechas del 14 de septiembre y el 4 de octubre de 2021 y, más tarde, entre el 18 de octubre y el 5 de noviembre y, finalmente hasta el 10 de diciembre 2021, cuando recibió el alta definitiva.

A pesar de la mejoría de los diferentes ítems del paciente, descrita en los informes aportados desde el alta hospitalaria, se indicó que persistía la pérdida de autonomía en todas las actividades de la vida diaria, [ABVDs de 0/100 a 13/100], con dependencia total para el desempeño de actividades instrumentales [0/8 en escala Lawton y Brody] y aunque presentaba mejor colaboración en transferencias, persistía un riesgo elevado de caídas, por presentar inquietud psicomotriz.

Se anotó en el informe del alta que, en el momento del alta mantenía movimientos descoordinados. Había aumentado el grado de comprensión, pero seguía sin entender ordenes complejas. Había aumentado el grado de participación y atención en actividades y

seguía precisando ayuda de terceras personas para todo el autocuidado. En definitiva, el déficit cognitivo subsiguiente al accidente cardiovascular había condicionado la evolución de su rehabilitación a todos los niveles.

Durante el tiempo en el que se dio la necesidad del transporte sanitario y, en concreto entre el periodo del 14 de septiembre y el 4 de octubre de 2021, se recibieron varias quejas de su funcionamiento, debido a retrasos en la recogida del paciente y en la llegada al centro sanitario de rehabilitación. En la ficha de registro informático de la Mesa de Coordinación de Transporte Sanitario no Urgente del SUMMA112 (TSNU), consta que los traslados fueron encargados a la empresa Vitalia Servicios Sanitarios S.A., prestataria del servicio en esa zona, programándose su realización en ambulancia colectiva, con ayudante y requiriéndose para su realización una silla de ruedas.

Se produjeron diversas contingencias y retraso en la hora de recogida del paciente, que originaron que algún día perdiera su tratamiento y/o la necesidad de cambiarlo para el día siguiente. Por este motivo, atendiendo a las quejas telefónicas expresadas por la familia, se contactó con la empresa prestataria, comunicándosele, desde la Dirección Médica de Transporte del SUMMA112 que, se iniciaba un seguimiento expreso de los traslados de dicho paciente, para evitar incidencias como las que ya se habían producido.

Posteriormente, existe otra solicitud de traslados para este mismo paciente, para estar en el mismo centro rehabilitador a las 15:30 horas, desde el 18 de octubre hasta el 5 de noviembre de 2021. En ese periodo constan algunos retrasos puntuales, y cambios de citas, pero no se produjeron pérdidas de días de tratamiento.

TERCERO.- Previas las averiguaciones pertinentes, según se indicó, mediante resolución del –entonces- viceconsejero de Gestión Económica y director general de Gestión Económica del Servicio

Madrileño de Salud, de fecha 3 de abril de 2023, se dispuso la incoación de oficio del actual procedimiento de responsabilidad patrimonial, ateniéndose a las previsiones de la LPAC y a los concordantes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, Régimen Jurídico del Sector Público.

La resolución también preveía su notificación a los interesados, emplazándoles para efectuar las aportaciones documentales y alegaciones que a su derecho convinieran.

El 5 de abril de 2023, se comunicó el procedimiento a la aseguradora del SERMAS- folio 12-.

En virtud de las previsiones legales al efecto, con igual fecha se requirió la incorporación de la historia clínica del afectado, recabándola del HGUGM, del SUMMA 112 y del Centro San Vicente.

Igualmente consta la notificación postal de la resolución iniciadora del procedimiento al paciente, el día 10 de abril de 2023- folio 7-.

El 17 de abril de 2023, también se notificó la resolución, de forma expresa, a la empresa contratista encargada de los trasportes, advirtiéndole de sus derechos en el procedimiento y de la posibilidad de que resultara afectada por la eventual responsabilidad patrimonial que se pudiera establecer –folios 8 y 9-.

Según resulta de la documentación que ha sido incorporada al expediente, con anterioridad a la incoación formal del procedimiento, la directora Médica de Coordinación y Transporte Sanitario del SUMMA 112, trasladó al SERMAS, la documentación e informes que había remitido al Defensor del Pueblo.

Consta un informe remitido al Defensor del Pueblo, de 21 de marzo de 2022, suscrito por la directora Médica de Coordinación y Transporte Sanitario del SUMMA 112, relatando la secuencia asistencial de este paciente y, en cuanto a los transportes controvertidos, explica que las irregularidades -retrasos-, se produjeron principalmente en el primer periodo del tratamiento, durante el mes de septiembre y hasta el día 4 de octubre de 2021, en el traslado del paciente desde su domicilio en Fuenlabrada hasta el centro asignado, en la Avenida Ventisquero de la Condesa, nº 48 de Madrid, determinando que algún día perdiera su tratamiento, o que hubiera de serle cambiado para el día siguiente.

Explica el informe que, ante tales sucesos, la familia efectuó algunas quejas telefónicas y la Dirección Médica de Coordinación y Transporte Sanitario del SUMMA 112, contactó con la empresa prestadora el día 27 de septiembre de 2021, efectuando desde entonces un seguimiento expreso de los traslados de este paciente.

Añade que, en el segundo periodo de tratamiento, se produjeron algunos retrasos muy puntuales, pero no se perdió ningún día de tratamiento.

El informe incorpora la contestación de la empresa prestadora, reconociendo los retrasos, motivados por la alta demanda en la misma franja horaria y disculpándose por las molestias y precisaba que uno de los días indicados por la familia -el 23 de noviembre- no se había producido retraso alguno- y que el centro coordinador de Vitalia también iniciaría un seguimiento de la situación.

Consta una carta de disculpa a la familia, remitida desde el Departamento de Atención al Usuario del SUMMA 112, de fecha 15 de noviembre de 2021, expresando su deseo de mejorar la prestación e indicando que existía una gran congestión en el servicio, en el caso de

traslados no urgentes, en parte por la situación de la pandemia Covid, rogando comprensión y colaboración- folio 17-.

También consta otra carta posterior, de fecha 3 de diciembre de 2021, comunicando que se efectuaría un seguimiento particular de la situación con la contratista- folio 19-.

Se ha incorporado a continuación un extenso informe emitido por la Clínica San Vicente, de fecha 10 de diciembre de 2021, detallando los tratamientos recibidos y la evolución del paciente – folios 35 al 47-.

El informe indica que, al iniciar el tratamiento, el paciente presentaba una dependencia total (0/100) para el desempeño de sus Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVDs) según el índice funcional de Barthel Modificado. En la actividad de la alimentación requería previa preparación de la tarea, no era capaz de reconocer ni manipular los cubiertos según la funcionalidad de cada uno de ellos, no podía realizar tareas bimanuales (cortar, pelar). Tomaba líquidos con espesante. En la actividad del vestido el paciente no seleccionaba, ni elegía las prendas según la situación climatológica ni el contexto. En el vestido del miembro superior y vestido del miembro inferior era totalmente dependiente. En la actividad del cuidado personal y baño era dependiente, no reconocía objetos según su funcionalidad, siendo realizado en cama por parte de dos personas. Doble incontinente, portador de pañal diurno y nocturno.

En las transferencias y movilidad funcional era dependiente, colaboraba mínimamente, teniendo que ser realizadas todas ellas con gran ayuda por parte de dos personas. Se desplazaba en silla de ruedas, siendo propulsada por una tercera persona.

El paciente presentaba una dependencia total para el desempeño de sus actividades instrumentales (AIVDs) de la vida diaria según la

escala de Lawton y Brody (0/8). Era dependiente para: manejo del teléfono móvil, ir de compras, preparación de la comida, cuidado del hogar, uso de transporte público, manejo de la medicación y manejo de asuntos económicos.

A nivel motor el paciente presentaba déficit de control de tronco en sedestación con apoyos. Presentaba bursitis en el codo derecho. Se observaba falta de activación en hombro derecho, con dolor ante movilización pasiva. A nivel distal mantenía rangos articulares. A nivel sensorial no era valorable debido a la afasia que presentaba el paciente.

A nivel funcional el paciente tenía dificultad a la hora de comprender órdenes sencillas debido a la afasia sensitiva que presentaba, lo que repercutía en todo su desempeño ocupacional precisando ayuda de una tercera persona para realizar todas las ABVDs. No integraba MSD en ninguna de las actividades.

Desorientado en tiempo y espacio.

Tras recibir tratamiento neurorrehabilitador y de cara al alta definitiva, el paciente había presentado leves cambios significativos en su desempeño ocupacional presentando una dependencia total (13/100) para la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVDs) según la escala de Barthel Modificado. El paciente continuaba precisando ayuda para todas las actividades de la vida diaria fluctuando su colaboración en la realización de todas ellas debido al compromiso cognitivo. En la alimentación seguía precisando la previa preparación de la tarea, aunque era capaz de llevarse la cuchara a la boca con un refuerzo verbal para iniciar. La actividad del vestido de MS, se había entrenado el desvestido y vestido de forma guiada y con refuerzo verbal. Precisaba ayuda en la correcta orientación, secuenciación y ajuste de las prendas. En vestido de MI era dependiente. El aseo personal y la ducha el paciente, había

aumentado mejora en el reconocimiento de objetos cotidianos (desodorante, colonia, pasta de dientes). Mantenía apraxia a la hora de la funcionalidad de cada uno de ellos. La ducha era dependiente, siendo realizada por parte de una persona.

En cuanto a las transferencias necesitaba ayuda de una persona para realizar todas ellas (SD a BP, BP a SD, cama a SR, SR a silla de ducha, SR a sillón).

Dependiente para la marcha y subir/bajar escaleras. Presentaba doble incontinencia. Usuario de silla de ruedas propulsada por una tercera persona.

El paciente presenta una dependencia total para el desempeño de sus actividades instrumentales de la vida diaria (AIVDs) según la escala de Lawton y Brody (0/8). Es dependiente para: manejo del teléfono móvil, ir de compras, preparación de la comida, cuidado del hogar, uso de transporte público, manejo de la medicación y manejo de asuntos económicos.

A nivel motor se observaba aumento de colaboración a la hora de la realización de las transferencias, no obstante, la inquietud psicomotriz del paciente, secundaria a la afasia compromete un elevado riesgo de caídas por lo que se recomienda constante supervisión y ayuda para todas ellas. En cuanto al MSD se había mejorado ligeramente la movilidad proximal del brazo derecho. Mantenía movimientos descoordinados, destacando a nivel medial y distal, por lo que no era funcional a la hora de la integración de ambos hemisferios.

A nivel funcional el paciente, aunque había aumentado su grado de comprensión, seguía teniendo dificultad a la hora de comprender órdenes complejas. Había aumentado su grado de participación en las

actividades, un ligero aumento en la atención, pero continuaba sin integrar el MSD en ninguna de ellas, heminegligencia derecha, además de seguir precisando ayuda de una tercera persona en todas las actividades de autocuidado, lo que repercutía en su desempeño ocupacional.

En el aspecto neuropsicológico, a su ingreso el paciente presentaba importantes déficits, en la orientación, en los mecanismos atencionales básicos, en la velocidad de procesamiento y en la velocidad de ejecución, en la exploración del hemiespacio derecho (heminegligencia derecha), en los procesos mnésicos, en las habilidades visuoespaciales y visuoestructurivas, y en el funcionamiento ejecutivo. Además, presentaba un importante trastorno del lenguaje (afasia sensorial), con alteración de la producción y de la comprensión.

Tras recibir tratamiento neurorrehabilitador, la evolución neuropsicológica del paciente estaba siendo muy discreta. El paciente se encontraba parcialmente orientado en persona y espacio, no siendo así en tiempo. En lo referente a la atención los mecanismos básicos continúan alterados, con dificultades en la focalización y el mantenimiento, apareciendo una importante tendencia a la fatiga cognitiva y a la distracción. La velocidad de procesamiento de la información y la velocidad de ejecución seguían estando muy enlentecidas. Por su parte, eran menores las limitaciones en la exploración del hemicampo derecho (heminegligencia derecha). Los procesos mnésicos continuaban afectados, tanto el conocimiento de la información previa a la lesión, como los hechos actuales de la vida diaria. De la misma manera, la memoria episódica verbal y visual se encontraba muy menoscabada. En este sentido, su capacidad de aprendizaje se seguía encontrando mermada. En cuanto al lenguaje cursa con un trastorno afásico con tendencia a un trastorno sensorial. Continuaban las dificultades en la comprensión de información verbal

básica, cometiendo numerosos errores en la identificación de elementos nombrados y en el seguimiento de órdenes sencillas. Persistían las limitaciones en la expresión, presentando una marcada jergafasia ininteligible, plagada de neologismos y parafasias literales y verbales.

No obstante, de manera ocasional era capaz de emitir vocablos reconocibles. La repetición sigue encontrándose afectada. También la capacidad lectora (alexia afásica) y la destreza aritmética se seguían encontrando alteradas. Por su parte, la escritura se reducía a letras aisladas y jerga-grafía ininteligible. Las habilidades visuales superiores eran aún muy deficitarias, siendo incapaz de organizar los datos presentados en una estructura definida en la que cada parte tiene una función del todo (copiar dibujos), o de yuxtaponer las partes del todo de forma significativa (ensamblaje). Por su parte, su funcionamiento ejecutivo continuaba menoscabado, sin ser capaz de programar, planificar, ni desarrollar acciones o tareas sencillas.

Desde el punto de vista afectivo-comportamental persistían las dificultades en los mecanismos de control y autorregulación comportamental. Seguía sin ser consciente de sus déficits neuropsicológicos, ni siquiera del trastorno en su comunicación. No obstante, se mostraba colaborador, con una buena interacción personal, mayor grado de adecuación y un estado de ánimo, por lo general, positivo.

La evolución logopédica del paciente estaba siendo progresiva desde el inicio del tratamiento. No se objetivaban grandes cambios desde la última nota evolutiva en agosto de 2021. A nivel orofacial presentaba una hemiparesia facial derecha y tono lingual disminuido. Se había visto mejorada la ejecución y seguimiento de praxias orofaciales solicitadas, dado a una disminución de las apraxias orofaciales, no obstante, seguían siendo realizadas con imprecisión.

Con respecto a la alimentación se había progresado a una dieta oral de fácil masticación, pero se mantenía aún espesante en líquidos (consistencia néctar) con el objetivo de garantizar la seguridad del paciente.

En lo referente al habla cursaba con una disartria, como afectación de los mecanismos implicados en el habla, con afectación de la articulación. En cuanto al lenguaje cursaba con un trastorno afásico en evolución, con tendencia a un trastorno sensorial. Mostraba una reducida iniciativa verbal, no obstante, eran más frecuentes los saludos y expresiones de forma espontánea e inteligible. Su expresión verbal se había visto aumentada, caracterizada por su fluencia, así como la presencia de múltiples parafasias, neologismos y palabras ininteligibles que comprometen enormemente la comunicación del paciente.

La capacidad de denominación por confrontación visual se encontraba muy limitada, produciendo ocasionalmente alguna palabra reconocible, así como, de forma puntual, se ayudaba de alguna clave fonológica para alcanzar su producción. Por su parte, poseía mayor capacidad para recitar refranes y series numéricas y temporales breves, sin embargo, precisa de ayuda para comenzar y finalizar las mismas. La repetición se mostraba alterada, era capaz de repetir alguna palabra y enunciado breve, pero de forma inconsistente. La comprensión se mostraba gravemente alterada, evidenciándose frecuentes errores en la identificación de elementos nombrados, así como dificultades en la comprensión de preguntas cerradas y en el seguimiento de órdenes sencillas. Además, presentaba agrafia y alexia afásicas, aunque se había visto ligeramente mejorado la asociación de imágenes con su referente escrito, así como la capacidad de copia.

Se ha adicionado igualmente, a continuación, la documentación clínica del paciente, relativa a las asistencias en el HGUGM, que

incluye el informe para la solicitud de prórroga en régimen ambulatorio, del tratamiento neurorrehabilitador en la Clínica San Vicente, de fecha 10 de agosto de 2021, precisando los avances logrados durante la primera fase de hospitalización en ese centro.

También se ha incorporado el informe de la Inspección Sanitaria- folios 476 al 480-, de fecha 19 de abril de 2024 que, tras analizar la asistencia dispensada y los motivos de la reclamación, efectúa ciertas consideraciones médicas y concluye que, las incidencias en el transporte que motivan la reclamación, no resultan de tal magnitud que afectaren al resultado de la rehabilitación programada.

Seguidamente se concedió trámite de audiencia a la contratista encargada de transporte cuestionado, los días 9 y 11 de septiembre de 2024 y al paciente, el día 16 de septiembre de 2024, sin que consten efectuadas alegaciones finales por ninguno de ellos - folios 482 al 494-

Finalmente, se ha elaborado una propuesta de resolución, con sentido desestimatorio de la reclamación, el 18 de noviembre de 2024.

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, cursada a través de la solicitud del consejero de Transportes e Infraestructuras, 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, pues el procedimiento se incoó a raíz de una reclamación formulada con posterioridad a su entrada en vigor.

Según se expuso al relatar la secuencia de actuaciones del procedimiento, nos encontramos ante un procedimiento iniciado de oficio por la administración, ex. artículo 58 de la LPAC. Concretamente, según consta, se trata de un supuesto que encaja en la situación prevista en el artículo 61.1 de la LPAC que, como categoría particular dentro de ese grupo referido a los procedimientos iniciados de oficio, incluye los iniciados por petición razonada de otros órganos: “ *Se entiende por petición razonada la propuesta de iniciación del procedimiento formulada por cualquier órgano administrativo que no tiene competencia para iniciar el mismo y que ha tenido conocimiento de las circunstancias, conductas o hechos objeto del procedimiento, bien ocasionalmente o bien por tener atribuidas funciones de inspección, averiguación o investigación*”.

Efectivamente, en este caso, con fecha 14 de febrero de 2023, el Defensor del Pueblo dirigió un oficio al –entonces- consejero de Sanidad, en el que, conforme a lo anteriormente expuesto, interesaba que la administración sanitaria madrileña valorara la pertinencia de la incoación de oficio de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de la administración, ex. artículo 58 de la LPAC.

De esa forma, mediante resolución del viceconsejero de Gestión Económica y director general de Gestión Económica del Servicio Madrileño de Salud, se acordó iniciar de oficio un procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial, por los hechos

relatados, por si pudieran dar lugar a indemnización, en el caso de haber producido alguna lesión en bienes y derechos titularidad de los particulares y dar traslado del acuerdo al interesado, tramitándose conforme a las previsiones de la LPAC y LRJSP, con la adecuada notificación de todos los interesados.

En cuanto al análisis de la legitimación pasiva, en este caso se cuestiona la regularidad de ciertos traslados efectuados por cuenta del SUUMA 112, que resulta ser un servicio de urgencias médicas adscrito al SERMAS.

La intervención de un contratista, tampoco obsta el reconocimiento de la efectiva legitimación pasiva de la Administración sanitaria madrileña, sin perjuicio de la eventual posibilidad de repetir los daños que pudieran estimarse, según tiene establecido reiteradamente esta Comisión Jurídica Asesora.

En cuanto al plazo de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial es de un año, contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo (ex artículo 67 de la LPAC), siendo este límite temporal aplicable al supuesto de la iniciación de oficio, según dispone el artículo 65.1 de la LPAC.

En el caso sujeto a examen, las irregularidades en los traslados fueron denunciadas por la familia del paciente frente al SUMMA, desde fechas muy próximas al momento en que sucedieron -los meses de septiembre a diciembre de 2021- y también fueron objeto de una queja ante el Defensor del Pueblo, dando lugar a una investigación y a su análisis por esa institución de control de la actuación administrativa, desde entonces, por lo que no pueden entenderse prescritas, a los efectos del procedimiento analizado.

Respecto a la tramitación del procedimiento, ha de estarse a lo establecido en la LPAC, para los casos de inicio de oficio de los procedimientos de responsabilidad patrimonial, que dispone que *“el acuerdo de iniciación del procedimiento se notificará a los particulares presuntamente lesionados, concediéndoles un plazo de diez días para que aporten cuantas alegaciones, documentos o información estimen conveniente a su derecho y propongan cuantas pruebas sean pertinentes para el reconocimiento del mismo. El procedimiento iniciado se instruirá, aunque los particulares presuntamente lesionados no se personen en el plazo establecido”*.

Así pues, en estos casos, la tramitación del procedimiento debe continuar por sus trámites ordinarios, como ha ocurrido en el supuesto analizado, debiendo desarrollarse la instrucción del procedimiento en su totalidad para permitir establecer si concurren o no los presupuestos normativos de la responsabilidad patrimonial de la administración.

En este caso, se ha adicionado la historia clínica del paciente y se ha solicitado informe del servicio al que se imputa la producción del daño, conforme previene el artículo 81 de la LPAC, habiéndose emitido por la Dirección Medico Asistencial y de Traslados del SUMMA 112, con inclusión de las respuestas ofrecidas por la contratista.

Adicionalmente consta en el expediente un informe técnico médico emitido por la Inspección Sanitaria.

Finalizada la instrucción del procedimiento se ha concedido el trámite de audiencia y alegaciones finales a todos los interesados y, sin que consten efectuadas por ninguno de ellos, se ha elaborado una propuesta de resolución desestimatoria de la responsabilidad analizada.

Según todo lo expuesto, podemos establecer que el procedimiento se ha tramitado ajustándose a las previsiones legales de aplicación.

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 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».

Al reclamarse en el supuesto analizado por una deficiencia asistencial, en relación con el desarrollo de un servicio de transporte, para analizar la antijuridicidad, debemos igualmente traer a colación la doctrina referida al estándar de servicio exigible a los prestados por las administraciones, que toma en consideración las circunstancias concurrentes en cada caso y que, en el que venimos valorando, obliga a recordar las excepcionales circunstancias en que se encontraban las administraciones sanitarias durante la pandemia de Covid, que lógicamente afectaban a los transportes sanitarios y obligaban a postergar los que no tuvieran el carácter de urgentes, como era el analizado, frente a los que sí lo tuvieran, si esa era la circunstancia.

CUARTA.- En el supuesto analizado se plantean retrasos en los traslados programados que habrían determinado tener que cambiar las citas, postergándolas al día siguiente y excepcionalmente, la pérdida de alguna sesión de tratamiento.

La valoración de la trascendencia de tales alteraciones en el tratamiento neurorrehabilitador de este paciente, resulta una cuestión de carácter eminentemente técnico médico y la carga de la prueba en casos de responsabilidad patrimonial sanitaria obliga a los afectados a acreditar los daños y a hacerlo con medios probatorios idóneos - 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), cuando señala que “*las alegaciones sobre negligencia*

médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica”-.

Frente a lo analizado, debemos denotar que en el supuesto analizado no concurre la indicada prueba de parte y, por el contrario, el informe de la Inspección sanitaria descarta la trascendencia de los retrasos y disfunciones reclamadas en la evolución del paciente.

Así, explica que, de entre los factores que influyen en la recuperación neuro-funcional de un paciente, tras haber sufrido un accidente cerebro-vascular, sea de tipo isquémico, hemorrágico o de origen mixto; el principal es el inicio temprano de terapia rehabilitadora y establece que, así se procedió en este caso, a través del tratamiento recibido en la Unidad de Ictus del HGUGM y en el centro de daño cerebral rehabilitable, en forma de ingreso hospitalario.

Continúa indicando la Inspección Sanitaria que, iniciada con rapidez la terapia, en la posterior fase de seguimiento de la rehabilitación en el hospital de día, la pérdida de una cita o los eventuales cambios de citas aislados, en los casi tres meses realizados de este tipo de tratamiento, no sería causa de regresión de la mejoría funcional del paciente.

Enumera además la Inspección, otros factores determinantes de la recuperación funcional final de este paciente: la situación funcional basal previa al accidente vascular, del que se motivó por una causa hemorrágica, de la edad del afectado, de su condición de varón y de la situación del soporte familiar.

Por todo ello, aunque el afectado partía de una situación autónoma antes de los accidentes vasculares que sufrió (isquémico y hemorrágico); tras haberlos padecido, su situación ha resultado de

dependencia total, sin que las mejoras logradas al finalizar el tratamiento hayan conseguido devolverle su autonomía.

En otro orden de cosas, la empresa contratada para el transporte sanitario no urgente reconoce las puntuales deficiencias en el desarrollo del transporte en las ocasiones denunciadas -salvo en cuanto al traslado del día 23 de noviembre de 2021, explicando que se vieron afectados por una situación excepcional de alta demanda, al encontrarse todavía en periodo de situación epidemiológica específica-.

Sin embargo, a pesar del indicado reconocimiento de que hubo varias incidencias en el transporte al centro de tratamiento y de que ello supuso algunos cambios de fecha de varias sesiones de tratamiento; concluye la Inspección Médica en su informe que la situación del paciente era de tal magnitud que no se vio afectada en su resultado final por esa circunstancia, según se desprende de la documentación clínica incorporada al expediente.

Recordemos en este punto el especial valor que esta Comisión Jurídica Asesora atribuye a la opinión de la Inspección Sanitaria, pues, tal y como recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, así su Sentencia de 24 de mayo de 2022 (recurso 786/2020), *“sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen también 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”*.

Por todo lo expuesto, la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la presente reclamación al no haberse acreditado una relación causal entre el daño y el servicio público cuestionado.

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 9 de enero de 2025

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 12/25

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid