

NOTIFICACIÓN

NÚMERO 269/22

UNIDAD ADMINISTRATIVA
SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA

Para su conocimiento y efectos le NOTIFICO, de conformidad con lo previsto en el artículo 40 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, ORDEN nº 269/22 que el VICECONSEJERO DE ASISTENCIA SANITARIA y SALUD PÚBLICA, ha dictado con fecha 25 de febrero de 2022., en virtud de la Orden 1122/2017, de 4 de diciembre, de la Consejería de Sanidad (B.O.C.M de 15 de diciembre), por la que se le delegan el ejercicio de determinadas competencias atribuidas al CONSEJERO DE SANIDAD, cuyo texto, transcrito a continuación, CERTIFICO coincide íntegramente con el del original y constituye copia autenticada del mismo, en virtud de la atribución conferida al efecto por el artículo 46.1 de la Ley 1/1983, de 13 de diciembre, de Gobierno y Administración de la Comunidad de Madrid en relación con el artículo Único del Decreto 40/1993, de 4 de marzo, por el que se determinan los órganos de la Administración de la Comunidad de Madrid con competencias para autenticar documentos

Vista la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada y examinada la Propuesta de Resolución del procedimiento administrativo seguido al efecto (**RP 631/21 SIPARP 202004011582**) así como las actuaciones practicadas y documentos obrantes en el mismo procede, una vez instruido el expediente, resolver teniendo en cuenta los siguientes

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Mediante escrito presentado el 8 de abril de 2020 en el Registro Electrónico de la Consejería de Sanidad, las hermanas
bajo la representación letrada de D. CARLOS SARDINERO GARCÍA formularon reclamación de responsabilidad patrimonial por considerar que el fallecimiento de su padre D.
se debió a la defectuosa asistencia sanitaria dispensada en el
tratamiento del aneurisma de aorta abdominal que padecía, por parte del

Consideran las reclamantes que los facultativos del
evolucionar indebidamente el aneurisma de aorta abdominal -AAA- que padecía su padre a lo largo de los años, desde el 2008 en que le fue detectado hasta el mes de mayo de 2019 en que se rompió, decidiendo unilateral y equivocadamente no intervenirle con anterioridad, de forma preventiva.

De ese modo, mantienen que el seguimiento del aneurisma fue incorrecto y que medió ausencia de información clínica en torno a la decisión de no intervenir al enfermo, pues la progresión de su evolución hubiera aconsejado que en la revisión de 22 de septiembre de 2017 se le planteara la cirugía, ya que desde entonces se observó una velocidad de crecimiento mayor a 0,5 cm en 6 meses, que evidenciaba el inminente riesgo de rotura ("...se recomienda fijar como dintel de alarma cualquier diámetro del AAA superior a los 5,5 cm, o una velocidad de crecimiento mayor de 0,5 cm en 6 meses, ya que de superarse el riesgo de rotura es máximo ..."). Así pues, indican que llegado ese momento, se debió haber explicado al paciente la situación, para que tomara la decisión correspondiente, cosa que en este caso no se hizo y que, además, el criterio adoptado le privó de la posibilidad efectiva de sanar ("...resulta increíble que esta decisión pueda tomarse de manera unilateral, únicamente se informó verbalmente al paciente y a sus familiares, en marzo de 2019, que el aneurisma estaba creciendo pero no se indicaron las alternativas terapéuticas, ni los riesgos y beneficios de las mismas"- sic.-).





Comunidad
de Madrid

Carlos Sardinero García

ABOGADO

SANTA ENGRACIA, 36 - BAJO B

28010 MADRID

TEL.: 91 686 91 60 / 91 448 96 92

En cuanto a la urgencia de los días 2 y 3 de mayo de 2019, se cuestiona la intervención del _____, de _____ y la que más tarde se desarrolló en el antes indicado _____, y, finalmente, en el _____, donde fue trasladado el paciente para intervenirle.

Se explica en la reclamación que una de las hijas del paciente, el 2 de mayo de 2019 a las 7:44 horas, llamó al _____ con la finalidad de solicitar una ambulancia que trasladara a su padre al hospital, ya que presentaba un dolor intenso en la región lumbar, náuseas, sudores fríos, temblores y mala movilidad. Refieren que, a pesar de que en la llamada se mencionaron los antecedentes clínicos, no se valoró la urgencia de manera adecuada, pues en vez de trasladarlo inmediatamente a un hospital, se envió al domicilio del paciente una Unidad de Asistencia Domiciliaria, con un doctor al que nuevamente relataron las circunstancias del aneurisma que padecía el afectado, así como que mantenía tratamiento anticoagulante con Sintrom y que, tras explorarle, constató un dolor de gran intensidad y fiebre 38,2°, ante lo cual indicó que el paciente debía tomar paracetamol y -ya entonces sí-, sobre las 8:00 horas, solicitó una ambulancia para trasladarlo al hospital. Pese a ello, indican que debieron efectuar una nueva llamada al Servicio de Urgencias _____ a las 9:32 horas y que no se movilizó efectivamente el recurso para el traslado hasta las 9:52 horas, llegando al domicilio del paciente a las 10:00 horas. El ingreso del enfermo en el _____ de _____, se produjo a las 10:21 horas, destacándose los excesivos 20 minutos de duración de ese traslado "*...en un trayecto que, con tráfico, puede realizarse en 4 minutos*"- sic-, así como las dos horas y media que ya habían pasado desde la primera llamada al 112 y la necesidad de reiterarla.

Una vez en el hospital, pese a la sintomatología del paciente y sus antecedentes, mantienen que la clasificación en el triaje también retrasó el tratamiento, permaneciendo entre tanto sólo el afectado, en la zona de los sillones del Servicio de Urgencias.

A la exploración física presentó abdomen globuloso blando y depresible, doloroso a la palpación y, nuevamente sin plantearse una posible relación con el aneurisma, se le diagnosticó un "*probable cólico renouretral*" y se le explicó que los dolores se debían a la posible expulsión de una piedra. También se anotó "*...a descartar sangrado de quiste renal*", pese a lo cual no se le retiró el tratamiento anticoagulante, ni se le realizó un TAC, para analizar esa posibilidad con rapidez.

Destaca la reclamación que, aunque resulta esencial el examen ecográfico de la cavidad abdominal para el diagnóstico certero del indicado cólico renouretral, simplemente se realizó al paciente una exploración física, análisis de sangre y orina -aunque la primera muestra de orina tampoco pudo analizarse, pues el bote se rompió y no volvió a tomarse otra muestra hasta las 16:53 horas-. Entre tanto, se le administró Nolotil y Primperam.

Señalan que, a las 13:00 horas se le dio la comida al paciente y se permitió la visita de sus familiares que, aprovecharon para preguntar si habían podido localizar la piedra con alguna radiografía o ecografía, contestándoles que la piedra "*debía recorrer su camino hasta la expulsión y que eso era doloroso*".



La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csv mediante el siguiente código seguro de verificación: 08893500979757291920

A las 16:30 horas aumentó el dolor, acompañado de náuseas y mal estado general, a pesar de la analgesia y a las 17:00 horas vomitó, aunque critican que tan sólo se le volvió a realizar otra exploración física.

Además, la reclamación insiste en que, aunque el paciente no tenía clínica miccional ni cambios en el hábito deposicional, no se prestó atención a su sintomatología, ni se la relacionó con sus antecedentes clínicos, realizando un diagnóstico diferencial, insistiendo en su valoración como un probable cólico.

Refieren que, las 21:00 horas empeoró el dolor, acompañándose de palidez cutánea, sudoración, hipotensión y frialdad de extremidades, precisando analgesia con cloruro morfíco y Ondasetron y que, no fue hasta 2 horas después, a las 23:00 horas, cuando le realizaron una ecografía renal bilateral que reflejó *"aneurisma conocido abdominal que presenta un diámetro máximo de 6,9 cm"*. Un posterior TAC, que se realizó hasta las 0:36 horas del 3 de mayo de 2019, constató la rotura del aneurisma de aorta abdominal de 8 cm de diámetro máximo, a la altura de las arterias renales, con hematoma retroperitoneal de 14x3 cm.

Según indican, en ese momento *"saltaron las alarmas, pues no había cirujano vascular de guardia, por lo que tendrían que trasladarlo a otro hospital"*-sic.-. De ese modo, fue trasladado el paciente al , donde llegó con mal estado general y, aunque fue llevado al quirófano con carácter urgente para intentar pinzar el aneurisma, dado que había pasado demasiado tiempo con una hemorragia sin control, se produjo el fatal desenlace a las 05:25 horas del día 3 de mayo de 2019.

Por todo lo indicado, las reclamantes consideran que el fallecimiento de su padre se debió a diversas infracciones de la *lex artis ad hoc*. A saber: la que se mantuvo en el seguimiento del AAA que, además, le privo de la posibilidad de decidir si deseaba someterse a la intervención preventiva del aneurisma y los retrasos acumulados en la atención dispensada los días 2 y 3 de mayo de 2019, a cargo del : -3 horas, contadas desde la primera llamada, hasta la llegada al hospital- y la del propio que, pese a los antecedentes del AAA que padecía el paciente y los síntomas que presentaba, no consideró la posibilidad que se hubiera producido la rotura del aneurisma hasta 14 horas después del ingreso hospitalario, cuando ya resultaba ineficaz cualquier tratamiento que, de otra parte, hubo de realizarse en otro centro, el

Por todo ello, las reclamantes solicitan una indemnización de 67.402,25 euros, a repartir entre las tres hijas del finado, calculada por aplicación del sistema de valoración contenido en la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

Se aporta con la reclamación el libro de familia del paciente, acreditando el parentesco entre el fallecido y las reclamantes, diversa documentación médica sobre las asistencias cuestionadas y dos facturas, correspondientes al coste de los servicios funerarios.

SEGUNDO- De la documentación incorporada al expediente se desprenden los siguientes hechos:



El paciente, de 84 años en la fecha de los hechos principales, contaba con los siguientes antecedentes médicos y patologías crónicas: era exfumador de 2 paquetes al día, hasta los 60 años aproximadamente; presentaba hipertensión arterial; cardiopatía hipertensiva; hipercolesterolemia, pólipos hiperplásicos de colon extirpados en abril de 2006; adenocarcinoma de próstata (Gleason 4 + 3) diagnosticado en 2009, en tratamiento con terapia hormonal; circuncisión en enero de 2013 por liquen escleroso en el prepucio; había sido intervenido de catarata y agujero macular en el ojo izquierdo con implante de lente intraocular + laserterapia en febrero de 2013 y en junio de ese mismo año, también se le implantó un marcapasos bicameral auriculoventricular, por síndrome de bradi-taquicardia y bloqueo auriculoventricular de segundo grado, tipo I.

En cuanto a sus antecedentes circulatorios, sufrió un accidente cerebrovascular isquémico temporal derecho en enero de 1997, sin secuelas; 3 episodios de posible tromboflebitis superficial 15 años atrás, que fueron tratados con inmovilización en el fue ingresado en noviembre de 2007 por tromboembolismo pulmonar bilateral (arteria pulmonar de lóbulo inferior derecho, lóbulo medio derecho y arteria pulmonar inferior izquierda) y presentaba trombosis venosa profunda en vena poplítea del miembro inferior derecho, probablemente antiguo, con cierto grado de revascularización, además de varices trombosadas en la región distal de la pantorrilla.

Ingresó en 2008 por trombosis venosa profunda infrapoplítea en miembro inferior derecho, coincidiendo con dosis infraterapéuticas de Sintrom; padeció síndrome postflebítico en el miembro inferior derecho y, desde su hallazgo en julio de 2008, presentaba un aneurisma de aorta abdominal infrarrenal en seguimiento por el Servicio de Cirugía Vascular del

con diámetro transversal máximo de 57 x 58 mm, con trombo mural, según medida ecográfica tomada en septiembre de 2017.

De conformidad con la información contenida en la historia clínica, en relación con el hallazgo y seguimiento del aneurisma, consta que, el 8 de julio de 2008, en el contexto del seguimiento y estudio etiológico de la trombosis venosa profunda y del tromboembolismo pulmonar que había padecido ese mismo año, se realizó al paciente TC abdominal con contraste y se apreció elongación de cayado aórtico de troncos supraaórticos. No se constataron masas, ni adenopatías, nódulos pulmonares o alteraciones pleurales, pero se detectó un aneurisma arteriosclerótico de aorta abdominal de localización infrarrenal, de 37 mm de diámetro máximo, con pequeño trombo mural de 45 mm.

El 24 de julio de 2008, según refleja el informe clínico de la consulta en el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del se realizó la correspondiente exploración, anamnesis dirigida y se citó al paciente un mes mas tarde para confirmar el diámetro real del AAA, a través de un TAC realizado a tal fin, informándose que el aneurisma tenía 45 mm de diámetro. Ante la discrepancia del tamaño, se solicitó otro TAC en 6 meses, que reflejó una medida de 40 mm de diámetro máximo.

En adelante, siguiendo los protocolos habituales de las sociedades médicas nacionales y europeas para el cuidado de los aneurismas asintomáticos, se pautó el seguimiento periódico del paciente en



consultas externas, donde se valorarían las oportunas pruebas diagnósticas: ecografía aortica y Angio TAC.

El 26 de marzo de 2009 en el TC toraco-abdomino-pélvico solicitado para el estudio de la extensión por neoplasia de próstata Gleason tipo 7, se constató el AAA infrarrenal con medidas de 40 x 41mm.

El 10 de marzo de 2010, en ecografía de seguimiento el AAA mantenía la misma medida de 41 x 40 mm de diámetro.

El 2 de marzo de 2011, se reflejó: *"Ecografía AAA de 41 x 38 mm Plan: revisión en un año"*.

El 1 de marzo de 2012, consta ecografía de control del AAA, reflejando de 43,5 mm de diámetro.

El 5 de marzo de 2013, el seguimiento reflejó: *"Eco Abdominal: AAA de 46 mm de diámetro"* y el 6 de marzo de 2014, el TAC abdominal, constató que el AAA medía 48 mm.

El 29 de octubre de 2014 consta angioTAC de control, reflejando medidas de 46 x 49 mm, por lo que se consideró que el AAA no presentaba cambios respecto al precedente TC y se previó revisión en 6 meses.

Resultaron leves discrepancias en las medidas del 2015, que apuntaron medidas inferiores, de modo que en ecografía de fecha 13 de marzo de 2015, el AAA presentaba 44 mm de diámetro, al igual que en otra ecografía de 19 de mayo de 2015, que reflejó los mismos 44 mm, previéndose la siguiente revisión en un año, con ecografía y analítica. Un año después, en la ecografía de AAA infrarrenal de fecha 19 de abril de 2016, se reflejaron 45 mm de diámetro.

En los TAC realizados en febrero y marzo de 2017, se evidenció crecimiento del aneurisma hasta los 51 mm, además de la dilatación de la aorta torácica sinusal, ascendente y descendente y de evidenciarse una lesión pseudonodular pulmonar, sugerente de neoplasia, por la que se remitió al paciente a Neumología para su estudio.

El 25 de septiembre de 2017 consta: *"Angio TC de aorta: diámetro de aorta abdominal infrarrenal: 57 x 58 mm con trombo mural. Imagen de nódulo de contorno irregular en LSD con medida aproximada de 20 mm que ha crecido mínimamente respecto al estudio previo compatible con carcinoma broncogénico, como primera posibilidad diagnóstica. Atelectasia en LII"*.

En seguimiento de fecha 10 de octubre de 2017, se anotó: *"Probable neoplasia pulmonar en estudio por Neumología. Tiene cita la semana que viene AAA 60 mm, en estudio anterior 58 mm. Veo resultados del TC en el que hay ligero crecimiento del nódulo pulmonar con datos radiológicos de neoplasia. También hay crecimiento del aneurisma. Dada la edad del paciente, enfermedades de base y posible neoplasia, no considero indicada la cirugía del aneurisma en el momento actual. Control TC en 6 meses"*.

El 7 de febrero de 2019 se valoró el nódulo pulmonar en el Comité de Tumores y se decidió actitud expectante, dado que no había crecido y también considerando los factores de comorbilidad del paciente. Se ordenó TAC toracoabdominal, para un análisis anatómico completo del aneurisma.

El TAC denotó que el AAA yuxtarenal presentaba de 62 mm de diámetro, con medida similar a la del control previo. El paciente tenía nuevo TAC pedido por Neumología para junio, por lo que se le citó nuevamente, tras el TAC, solicitando que lo hicieran toracoabdominal y con contraste.

El 5 de marzo 2019, desde el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del _____, se llamó al paciente para citarle y explicarles la decisión adoptada en la sesión clínica, así como el tratamiento conservador por la comorbilidad del paciente. Consta otro apunte del día 8 de marzo: *"Explico a paciente y a familiares decisión de tratamiento conservador. Tiene controles con TACs por nódulo pulmonar. Doy cita para junio (aproximadamente) y pauto verlo cada año aprovechando los TACs de Neumología"*.

El 12 de febrero de 2019, desde el Servicio de Urología se diagnosticó también un cáncer de próstata al paciente, que fue tratado con terapia hormonal semestral. En las anotaciones correspondientes, se refleja que, en una ecografía urológica de enero de 2017, se constató *"litiasis renal derecha dos, en polo"*, además de *"angiomiolipoma renal izquierdo de 6 mm, prostático de 33*37*36"* y también el AAA.

Según consta anotado en la historia clínica, el día 2 de mayo de 2019 a las 7:44 horas, una de las hijas del paciente solicitó al Servicio Coordinador de Urgencias Médicas de Madrid : asistencia sanitaria para su padre, ya que presentaba dolor en la región lumbar derecha, náuseas, polaquiuria, temblor y mala movilidad.

A las 8:00 horas acudió al domicilio una Unidad Médica de Asistencia Domiciliaria. El facultativo recogió entre los antecedentes relevantes el aneurisma abdominal y apuntó el juicio clínico de *"síndrome febril y posible pielonefritis"*, solicitando un traslado hospitalario que, sin embargo y por falta de mayor disponibilidad de medios, el _____ no movilizó hasta las 9:52 horas, constando entre tanto una nueva llamada al Servicio de Urgencias _____ a las 9:32 horas, efectuada por la misma alertante, sin indicación de cambios en la situación del paciente.

La ambulancia llegó al domicilio del paciente a las 10:00 horas y a las 10:21 horas se produjo el ingreso del enfermo en el _____

En cuanto a la asistencia en el referido _____ el día 2 de mayo de 2019, según consta, en el Servicio de Urgencias Hospitalarias el paciente refirió que presentaba dolor en flanco derecho que se inició de forma brusca 9 horas antes, mientras estaba sentado.

Tras la exploración física se le diagnosticó un posible cólico renoureteral, debiendo también descartar un quiste renal, por lo que se solicitó analítica de sangre y orina e instauró tratamiento analgésico y antiemético.

A las 16:30 horas comenzó a incrementarse el dolor, acompañado de náuseas y mal estado general, con aceptable control del dolor aplicando analgésicos de primer y segundo escalón.



A las 21:00 horas comenzó de nuevo con dolor muy intenso acompañado de palidez cutánea, sudoración y frialdad de extremidades, precisando analgésicos de tercer escalón.

A las 23:00 se realizó ecografía renal bilateral, que mostró aumento de tamaño del aneurisma abdominal (6,9 cm) respecto a la ecografía previa (5,7 cm).

A las 0:36 horas del día siguiente se realizó una tomografía computarizada abdominal que reveló el aneurisma de aorta abdominal de 8 cm de diámetro máximo, roto, con hematoma retroperitoneal de 14 x 3 cm- folio 154 del expediente-.

Ante la ausencia de cirujano vascular de guardia en el _____ de _____ a las 2:40 horas se trasladó al paciente en UVI móvil al _____ de _____ donde bajo anestesia general y con carácter de urgencia, se realizó intento de exclusión de aneurisma aórtico yuxtarenal roto, produciéndose la muerte intraoperatoria a las 05:25 horas.

TERCERO.- Formulada 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.

Conforme a lo dispuesto en el artículo 81 de la citada Ley 39/2015, de 1 de octubre, se incorporan al procedimiento además de la historia clínica del paciente del _____, los informes de los servicios médicos implicados y en concreto:

- Informe del Jefe del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del _____, de fecha 8 de julio de 2020
- Informe de la Supervisora de Urgencias, de 4 de junio de 2020 del _____
- Informe del Jefe de Urgencias Generales, del _____
- Informe del Jefe de Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del _____ de fecha 16 de marzo de 2020.
- Informe de la Directora Médico del _____, de 27 de mayo de 2020.

Se han incorporado asimismo aquellos otros Informes que se han estimado necesarios; en este caso, el informe técnico-sanitario emitido por la Inspección Sanitaria el 21 de enero de 2021, y el Dictamen de Valoración del Daño Corporal de 12 de julio de 2021, emitido por el Dr. _____

Una vez instruido el procedimiento y tal y como establece el artículo 82 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas fue evacuado el oportuno trámite de audiencia, a la parte reclamante con fecha 14 de octubre de 2020.

El 29 de octubre de 2021 se efectuaron alegaciones en las que se reiteran los términos de la reclamación inicial, incidiendo en las conclusiones de la Inspección Médica y entendiendo que el retraso de diagnóstico se puede establecer en un tiempo superior a las 14 horas que consideran que



establece el informe de la Inspección, debiendo añadir las otras dos horas que transcurrieron desde el aviso telefónico al _____ y concluyendo que se debe tener por acreditada la existencia de *mala praxis* médica y estimar íntegramente la reclamación.

Igualmente insisten las alegaciones en la lesión al derecho a la información del paciente y consideran acreditado que no se le dio la oportunidad de decidir sobre la posibilidad de intervenir preventivamente el aneurisma, para evitar su rotura.

Finalmente, el Viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública formuló propuesta de resolución de 16 de noviembre de 2021, en la que propone al órgano competente para resolver, **ESTIMAR parcialmente** la reclamación por considerar que el _____ a incurrió en una demora diagnóstica del paciente, reconociendo una indemnización de **31.645,09€**.

CUARTO.- De conformidad con el artículo 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre en relación con el artículo 5.3 f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, se procedió a recabar el correspondiente dictamen preceptivo a la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, que el 14 de diciembre de 2021 emite su dictamen nº: 646/21, en el que concluye que: "*Procede estimar parcialmente la presente reclamación y reconocer a las reclamantes una indemnización global y actualizada de 32.000 euros.*"

A estos Antecedentes de Hecho le son de aplicación los siguientes

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- De la información que contiene el expediente y que en síntesis se ha reflejado en los Antecedentes de Hecho, resulta que el presente procedimiento administrativo tiene por objeto resolver la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por D^a.

D. _____ por considerar que el fallecimiento de su padre se debió a la defectuosa asistencia sanitaria dispensada en el tratamiento del aneurisma de aorta abdominal que padecía. por parte del _____ y por el _____ sustanciándose de conformidad con lo dispuesto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas y en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, del Régimen Jurídico del Sector Público.

SEGUNDO.- La responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, cuyos antecedentes inmediatos vienen recogidos en la Ley de Expropiación Forzosa de 16 de diciembre de 1954 y en el artículo 40 de la Ley de Régimen Jurídico de la Administración del Estado de 26 de julio de 1957, goza hoy del refrendo constitucional en el artículo 106.2 de la Constitución Española, conforme al cual "*los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos*". Su desarrollo legislativo ordinario se encuentra actualmente en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas y en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público. Los artículos 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de



1 de octubre, señalan los requisitos que, en concurrencia, configuran la responsabilidad patrimonial, derivando ésta de la lesión producida al particular y entendida como un perjuicio antijurídico que quien lo sufre no tiene el deber de soportar, al no existir causa alguna que lo justifique.

Conforme a la citada normativa y la interpretación que la jurisprudencia viene haciendo de la misma (STS de 14 de julio de 1986, 9 de mayo de 1991, 27 de noviembre de 1993, 29 de enero de 1998 y 9 de marzo de 1998, entre otras), estos requisitos son:

- Lesión o daño en cualquiera de los bienes o derechos del particular afectado.
- Imputación a la Administración de los actos necesariamente productores de la lesión.
- Relación de causalidad entre el hecho o acto administrativo y la lesión, daño o perjuicio.
- Daño que revista los caracteres de efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas.
- Antijuridicidad del daño o lesión.
- Ejercicio de la acción dentro del plazo de un año, contado a partir del hecho que motive la indemnización

Esta configuración legal y jurisprudencial de la responsabilidad patrimonial de la Administración establece como nota característica, su naturaleza de responsabilidad objetiva, lo que supone que *"es indiferente que la actuación administrativa haya sido normal o anormal, bastando para declararla que como consecuencia directa de ella se haya producido un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado"* (STS de 9 de marzo de 1998 y de 21 de julio de 2001). La consecuencia básica de la consideración de la responsabilidad patrimonial de la Administración como objetiva es que no es necesario demostrar que se ha actuado con dolo o culpa, ni que el servicio ha funcionado de manera anormal, siendo suficiente con acreditar la existencia del daño y la oportuna relación de causalidad.

TERCERO.- Esta característica de responsabilidad objetiva, que dentro de la responsabilidad patrimonial en general de la Administración, no tiene más excepciones que las que proceden de la necesidad de valorar la antijuridicidad del daño causado, tiene sustanciales límites en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria por la peculiaridad de dicha Administración, ya que su actividad recae sobre un elemento respecto del que no se puede garantizar efectos favorables en todo caso, pues la enfermedad y la muerte son consustanciales a la propia naturaleza humana. Así, si la actuación de la Administración Sanitaria no puede garantizar siempre un resultado favorable a la salud del paciente, se hace necesario establecer un límite que nos permita diferenciar los casos en que debe responder la Administración de aquellos otros en los que se va a considerar que el daño no es antijurídico y que no procede de la actuación administrativa, sino de la evolución de la patología del enfermo. El criterio básico usado por la jurisprudencia y la doctrina para establecer ese límite a la aplicación rigurosa del carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial y evitar así, el riesgo de llegar a un estado providencialista que



convierta a la Administración Sanitaria en una aseguradora universal que responda de cualquier resultado lesivo, es el de la "lex artis".

La existencia de este criterio se basa en el principio sustentado por la jurisprudencia y el Consejo de Estado de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, de manera que los profesionales de la salud están obligados a prestar la atención sanitaria a los enfermos mediante la adopción de cuantas medidas diagnósticas y terapéuticas conozca la ciencia médica y se hallen a su alcance, no comprometiéndose en ningún caso a la obtención de un resultado satisfactorio por ser contrario tanto a la naturaleza humana como a las limitaciones de su arte y de su ciencia, lo que dicho de otra forma significa que la prestación sanitaria debe ser correcta y con arreglo a los conocimientos y prácticas de la ciencia médica, en ese caso se dirá que la actuación se ha ajustado a la "lex artis" y, aun cuando el resultado no haya sido satisfactorio, no nacerá responsabilidad patrimonial alguna.

En este sentido ha declarado el Tribunal Supremo entre otras en las sentencias de 14 de diciembre de 1990, 5 y 8 de febrero de 1991, 10 de mayo y 27 de noviembre de 1993, 9 de marzo de 1998 o 10 de octubre de 2000 que en materia de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria, el título de imputación de dicha responsabilidad viene dado por el carácter inadecuado de la prestación médica dispensada, lo que ocurre cuando *"no se realizan las funciones que las técnicas de salud aconsejan y emplean como usuales, en aplicación de la deontología médica y del sentido común humanitario"*. A lo que hay que añadir su sentencia de 14 de octubre de 2002 en la que proclama que *"la violación de la "lex artis" es imprescindible para decretar la responsabilidad de la Administración, no siendo suficiente la relación de causa a efecto entre la actividad médica y el resultado dañoso, pues el perjuicio acaecido pese al correcto empleo de la "lex artis" implica que el mismo no se ha podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento"*. Dicha violación de la "lex artis", al igual que el nexo causal, corresponde probarla al reclamante.

CUARTO.- Aplicando la doctrina anterior a este supuesto y teniendo en cuenta las actuaciones practicadas, los informes y documentos que contiene el expediente y los términos en los cuales ha sido planteada la reclamación, la cuestión de fondo se centra en determinar si concurren o no los requisitos legalmente exigidos para apreciar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública actuante.

En este caso, no se cuestiona la producción del daño, pues resulta acreditado el fallecimiento de una persona, que provoca un *"daño moral cuya existencia no necesita prueba alguna y ha de presumirse como cierto"* (Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de noviembre de 2004 -recurso 7013/2000- y en similar sentido la Sentencia de 25 de julio de 2003 -recurso 1267/1999-). Se ha acreditado debidamente la relación de parentesco que ligaba a las interesadas con el fallecido, mediante copia del libro de familia.

Las interesadas imputan el *daño*- el fallecimiento de su padre- a la combinación producida por un seguimiento pretendidamente incorrecto del AAA que presentaba su padre desde el 2008, por parte del que decidió adoptar una decisión conservadora y a la



negligente demora -siempre según el criterio de las reclamantes- en la atención dispensada los días 2 y 3 de mayo de 2019, cuando el referido aneurisma se rompió y tal situación no fue detectada/atendida tempranamente por parte del ni por el Servicio de Urgencias del referido que venía tratando al paciente desde años atrás, ni por el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del donde finalmente fue intervenido sin éxito.

Sin embargo, las reclamantes carecen de legitimación para reclamar por la supuesta falta de información al paciente, al tratarse éste de un daño que tiene el carácter de personalísimo, y, por tanto, intransmisible a los herederos, de tal forma que solo el paciente puede reclamar por la vulneración de su autonomía. Así se deduce tanto del artículo 5.1 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, según el cual el titular del derecho a la información es el propio paciente, y de la Sentencia 37/2011, de 28 de marzo, del Tribunal Constitucional. En este sentido se pronuncian los Dictámenes de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid números 46/16, de 28 de abril; 166/16, de 9 de junio; 507/16, de 10 de noviembre; 141/18, de 22 de marzo; 200/18, de 3 de mayo; 145/19, de 11 de abril; y 445/20, de 3 de octubre.

Una vez constatado el daño, procede analizar si existe relación de causalidad entre este y la asistencia sanitaria prestada, la vista de los informes y resto de información clínica obrante en el expediente, en especial, el Informe de la Inspección Sanitaria de 21 de enero de 2021, cuyas conclusiones hace suyas la Propuesta de Resolución, y que se concretan en las siguientes:

Por lo que se refiere a la decisión de no operar el Aneurisma Aórtico Abdominal por el Servicio de Cirugía Vascular del desde que alcanzó criterio quirúrgico en el control de octubre de 2017, señala la Inspección que: *"tuvo fundamento científico en un escenario de incertidumbre y ausencia de protocolos de actuación, concordante con el desarrollo de la ciencia médica actual en el campo de la Geriatría"* y sobre la pretendida vulneración del derecho a la información del paciente, indica: *"el 8 de marzo de 2019 se informó al interesado y familiares de la decisión de no intervenir el AAA, pero no se han encontrado registros que evidencien el contenido de la información, ni tampoco si se le dio opción a discrepar o ser valorado en otro centro del Servicio Público de Salud"*.

En cuanto a la intervención del en los traslados y asistencias de los días 2 y 3 de mayo de 2019, el informe de la Inspección, sin valorarlos directamente, insiste en las explicaciones ofrecidas por la Dirección Médica del referido servicio de urgencias, que ha certificado que las intervenciones de los días 2 y 3 de mayo de 2019 se llevaron a cabo en función de la disponibilidad de los recursos existentes.

Sin embargo, en cuanto al retraso diagnóstico planteado, considera que debiera haberse efectuado un diagnóstico diferencial que valorara la posible rotura del aneurisma y establece que, así se hubiera producido una *ganancia temporal* de entre 6 a 12 horas, fundamental ante la gravedad de la situación. Así determina: *"La clínica que presentaba D. ...el día 2 de mayo cuando ingresa en Urgencias era compatible, entre otras, con rotura de aneurisma y, conociendo de antemano su*



existencia, se tenía que haber valorado la posibilidad diagnóstica de rotura inminente desde el comienzo del ingreso....El tiempo transcurrido desde el ingreso en Urgencias del hasta evidenciar rotura de AAA es de 14 horas y 15 minutos y si se hubiera solicitado el TC desde el ingreso, se puede estimar una ganancia de tiempo para el tratamiento de seis a doce horas...Las probabilidades teóricas de sobrevivir a la cirugía convencional de AAA antes de la ruptura oscilan entre el 70 y el 50%".

Concluye por tanto que la actuación del no fue correcta, y supuso una demora en el diagnóstico de entre 6 y 12 horas, cuya influencia en el resultado aunque desconocida, es cuando menos transcendente.

Este informe, por lo demás, considera ajustada a derecho la asistencia final de los servicios de Urgencias y Cirugía Vascular del pues pese al fatal desenlace, ofertaron asistencia inmediata con los medios disponibles a su alcance y la situación del paciente en ese momento era crítica.

De acuerdo con lo referido, considera la Inspección que procede una indemnización a las reclamantes.

Para su valoración, la Propuesta ha tenido en cuenta los baremos vigentes en materia de seguros/seguridad social, por indicarlo así el apartado 2 del artículo 34 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, dice textualmente: "La indemnización se calculará con arreglo a los criterios de valoración establecidos en la legislación fiscal, de expropiación forzosa y demás normas aplicables, ponderándose, en su caso, las valoraciones predominantes en el mercado. En los casos de muerte o lesiones corporales se podrá tomar como referencia la valoración incluida en los baremos de la normativa vigente en materia de Seguros obligatorios y de la Seguridad Social". Y el baremo vigente en esta materia es el contenido en la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios producidos a las personas en accidentes de circulación.

Por otra parte, según dispone el apartado 3 del citado artículo 34 de la ley 40/2015: "3. La cuantía de la indemnización se calculará con referencia al día en que la lesión efectivamente se produjo, sin perjuicio de su actualización a la fecha en que se ponga fin al procedimiento de responsabilidad con arreglo al Índice de Garantía de la Competitividad, fijado por el Instituto Nacional de Estadística, y de los intereses que procedan por demora en el pago de la indemnización fijada, los cuales se exigirán con arreglo a lo establecido en la Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria, o, en su caso, a las normas presupuestarias de las Comunidades Autónomas".

La parte reclamante determina la indemnización, aplicando el citado Baremo de la vigente ley 35/2015, cifrándola en 67.402,25 euros. En esta cifra, atribuye la Propuesta a un error de las reclamantes la valoración del daño emergente que corresponde a las hijas que se cifra en la reclamación en un total de 5.312,06. Siendo todas ellas mayores de edad y sin ninguna circunstancia especial individual que se haya puesto de manifiesto, la cifra correcta por daño emergente sería de 413,94 euros para cada una, resultando una cuantía total, de acuerdo con los referidos criterios, que cifra la Propuesta en 63.290,19 Euros.



Ahora bien, prosigue la Propuesta, la Inspección Sanitaria, pone de manifiesto en su Informe que no obstante la importante demora diagnóstica en que incurrió el , cirugía convencional por aneurisma de aorta abdominal (aun detectado en el primer momento posible) tiene una supervivencia estadística de entre un 50 y un 70%.

Esta afirmación es refrendada por el perito médico forense doctor , con datos de mortalidad en la cirugía que van desde el entorno del 44 hasta el del 64 %, en función de los años de los pacientes, de los estudios, así como de los periodos observados.

Pues bien, considerando que no se puede saber con una suficiente certeza si el fatal desenlace del paciente habría sido el mismo aun cuando se hubiera detectado e intervenido el AAA en el primer momento posible (12 horas antes), valorando las referidas estadísticas existentes, la avanzada edad del paciente y sus comorbilidades-, se propone una indemnización del 50% de la cantidad resultante en el citado baremo para el fallecimiento, con base en la jurisprudencia (Sentencias como las del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, Sala de lo Contencioso-Administrativo, sección 8ª, de 18 de abril de 2011, Tribunal Supremo, de 23 de septiembre de 2010) y doctrina del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid,

El informe pericial de fecha 12 de julio de 2021 emitido por un doctor especialista en Medicina Legal y Forense, incorporado a petición del instructor del expediente, recoge entre sus conclusiones el mismo criterio que la Inspección Médica, propicio a la estimación parcial de la reclamación, estableciendo que:

"1. Es posible establecer el nexo causal entre el fallecimiento de D...y la rotura de un aneurisma de aorta abdominal.

2. En base a lo dispuesto en la Ley 35/2015, en caso de que se estableciera que la atención médica facilitada por el Servicio Madrileño de Salud fuera incorrecta, procedería indemnizar por muerte a los perjudicados en los términos establecidos por la ley 35/2015.

3. Resulta razonable aplicar de forma orientativa un factor reductor de las indemnizaciones por causa de muerte del 50%".

De acuerdo con lo expuesto, el Viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública, formuló propuesta de resolución de 16 de noviembre de 2021, en la que propone al órgano competente para resolver, **ESTIMAR parcialmente** la reclamación por considerar que el Hospital Severo Ochoa incurrió en una demora diagnóstica del paciente, reconociendo una indemnización de **31.645,09€**.

QUINTO.- Por su parte, la Comisión Jurídica Asesora, en su dictamen nº 646/21 de 14 de diciembre, emitido ad hoc para el presente procedimiento, tras una exposición sobre los hechos, considera, de acuerdo con el Informe de la Inspección sanitaria, que la asistencia al paciente no se condujo de acuerdo a lex artis, por lo que se refiere a su atención por parte del , y aprecia



un supuesto de pérdida de oportunidad, susceptible de ser indemnizado, en los términos que se señalan a continuación:

"...ateniéndonos al cualificado criterio de la Inspección sanitaria y teniendo en cuenta que cuanto más precoz es la intervención médica, más posibilidades de recuperación tiene el paciente afectado por la urgencia, consideramos que nos encontramos ante un supuesto de pérdida de oportunidad que se caracteriza "(...) por la incertidumbre acerca de si la actuación médica omitida pudiera haber evitado o minorado el deficiente estado de salud del paciente" tal y como recoge la Sentencia del Tribunal Supremo de 24 de septiembre de 2018 (recurso 976/2016).

Por su parte el Tribunal Superior de Justicia de Madrid ha recogido el concepto de pérdida de oportunidad en su Sentencia de 8 de noviembre de 2019 (recurso 178/2018) y en ella recuerda las sentencias del Tribunal Supremo de 2 de enero y de 3 de diciembre de 2012, en las que, remitiéndose a la de 27 de septiembre de 2011 que, a su vez, se refería a otras anteriores, definía la pérdida de oportunidad sobre la base de la Sentencia del Tribunal Supremo de 24 de noviembre de 2009 según la cual: "La doctrina de la pérdida de oportunidad ha sido acogida en la jurisprudencia de la Sala 3ª del Tribunal Supremo, así en las sentencias de 13 de julio y 7 de septiembre de 2005, como en las recientes de 4 y 12 de julio de 2007, configurándose como una figura alternativa a la quiebra de la lex artis que permite una respuesta indemnizatoria en los casos en que tal quiebra no se ha producido y, no obstante, concurre un daño antijurídico consecuencia del funcionamiento del servicio. Sin embargo, en estos casos, el daño no es el material correspondiente al hecho acaecido, sino la incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse seguido en el funcionamiento del servicio otros parámetros de actuación, en suma, la posibilidad de que las circunstancias concurrentes hubieran acaecido de otra manera. En la pérdida de oportunidad hay, así pues, una cierta pérdida de una alternativa de tratamiento, pérdida que se asemeja en cierto modo al daño moral y que es el concepto indemnizable. En definitiva, es posible afirmar que la actuación médica privó al paciente de determinadas expectativas de curación, que deben ser indemnizadas, pero reduciendo el montante de la indemnización en razón de la probabilidad de que el daño se hubiera producido, igualmente, de haberse actuado diligentemente". (FD 7º).

Por su parte, esta Comisión ha apreciado pérdida de oportunidad en supuestos en los que han existido demoras indebidas en la remisión de recursos sanitarios por parte del y/o en la asistencia médica dispensada posteriormente, como también ocurre en este caso.

Así, entre otros en los dictámenes: 131/18, de 15 de marzo, 499/18, de 22 de noviembre, 490/19, de 21 de noviembre, 79/20 de 27 de febrero y 491/20 de 27 de octubre.

En el caso que nos ocupa no puede afirmarse que haya quedado acreditado que la evolución de la paciente hubiera sido diferente de habersele atendido más prontamente, ni siquiera si así se hubiera evitado el fallecimiento. No obstante, como recoge la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 1 de marzo de 2017: «Aún sin tener certeza sobre la



concreta influencia de tales circunstancias en el pronóstico vital de la paciente, lo cierto es que se le privó indebidamente de la posibilidad de sobrevivir, lo que hace surgir la responsabilidad patrimonial por pérdida de oportunidad, en que lo indemnizable no es el daño producido sino "la incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse seguido en el funcionamiento del servicio otros parámetros de actuación"».

Por tanto, ha de procederse a la valoración del daño causado y, para estos casos, el Tribunal Supremo, entre otras en Sentencia de 3 de diciembre del 2012, recoge que: "a la hora de efectuar la valoración del daño indemnizable, la jurisprudencia [...] ha optado por efectuar una valoración global que, a tenor de la Sentencia del Tribunal Supremo de 3 de enero de 1990, derive en una apreciación racional aunque no matemática".

Con independencia de la cuantía que solicitan las reclamantes - 67.402,25 euros - y dado que en la pérdida de oportunidad sólo se valora el daño moral ocasionado a los interesados; teniendo en cuenta la edad del paciente y el alto grado de comorbilidad que presentaba, por razón de sus otras patologías y tomando como referencia la cuantía propuesta por el SERMAS, esta Comisión Jurídica Asesora considera adecuada la cantidad indemnizatoria global de 32.000 euros, cantidad que debe considerarse ya actualizada.

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

CONCLUSIÓN

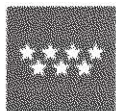
Procede estimar parcialmente la presente reclamación y reconocer a las reclamantes una indemnización global y actualizada de 32.000 euros."

En virtud de todo lo expuesto, de acuerdo con la Propuesta de Resolución y con el Dictamen nº 646/21, de 14 de diciembre de 2021, de la Comisión Jurídica Asesora, procede estimar parcialmente la reclamación.

Vistos los preceptos legales citados y demás de general y pertinente aplicación, de acuerdo con la Comisión Jurídica Asesora, en el ejercicio de las competencias atribuidas por el artículo 55.2 de la Ley 1/1983, de 13 de diciembre, de Gobierno y Administración de la Comunidad de Madrid y la Orden de la Consejería de Sanidad nº 1122/2017, de 4 de diciembre (B.O.C.M. de 15 de diciembre), por la que se delega el ejercicio de determinadas competencias, en relación con lo dispuesto en el Decreto 1/2022 de 19 de enero, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad,

RESUELVO





Comunidad
de Madrid

Carlos Sardinero García

ABOGADO

SANTA ENGRACIA, 36 - BAJO B

28010 MADRID

TEL.: 91 686 91 60 / 91 448 96 92

ESTIMAR PARCIALMENTE la reclamación de daños y perjuicios formulada por D^a.
 (fallecido D.

(RP 631/21 SIPARP 202004011582) reconociendo su derecho a una indemnización por importe total, ya actualizado de **32.000 euros**."

Se le significa que la Orden objeto de la presente Notificación, pone fin a la vía administrativa, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 114.1.e) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, en relación con el artículo 53.1.d) de la Ley 1/1983, de 3 de diciembre, de Gobierno y Administración de la Comunidad de Madrid; y contra la misma cabe interponer con carácter potestativo recurso de reposición ante el Consejero de Sanidad, en el plazo de un mes, o ser impugnada directamente mediante recurso contencioso-administrativo ante los Juzgados de lo Contencioso-Administrativo de Madrid si la cuantía de la reclamación no excede de 30.050 euros, o ante la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid en caso contrario, en el plazo de dos meses, contados ambos plazos a partir del día siguiente a la recepción de la presente notificación, a tenor de lo dispuesto en los artículos 123 y 124 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas y en los artículos 8, 10 y 46.1 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, Reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa. Todo ello, sin perjuicio de poder ejercitar cualquier otro recurso que estime procedente.

En el supuesto de que se hubiese interpuesto recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta por silencio administrativo de la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada, de conformidad con el artículo 36.4 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, podrá desistir del recurso contencioso-administrativo interpuesto o solicitar su ampliación a la presente Orden por la que se resuelve de forma expresa la reclamación formulada.

EL SECRETARIO GENERAL TÉCNICO

Firmado digitalmente por:
Fecha: 2022.02.28 17:54

DESTINATARIOS:

- D. CARLOS SARDINERO GARCÍA en representación de



La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csv mediante el siguiente código seguro de verificación: 088935009797572