



Consejo Jurídico
de la Región de Murcia

Dictamen **03/2011**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 11 de enero de 2011, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Ilmo. Sr. Secretario General de la Consejería de Sanidad y Consumo (por delegación de la Excma. Sra. Consejera), mediante oficio registrado el día 25 de mayo de 2010, sobre responsabilidad patrimonial instada por x., como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **111/10**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 27 de febrero de 2007, x., en representación de x. según acredita con la escritura de poder que acompaña, presenta reclamación de responsabilidad patrimonial ante el Servicio Murciano de Salud al que atribuye un funcionamiento anómalo de la Gerencia de Emergencias del 061 (en lo sucesivo 061).

Según el reclamante (médico de profesión), el 29 de octubre de 2005, sobre las 17.00 horas, estando en compañía de un compañero de trabajo empezó a sentirse indispuesto, presentando una sensación generalizada de somnolencia y malestar.

A la vista de esta situación, su compañero llamó al 061, siendo atendido por los Servicios de Urgencias sobre las 18,30 horas, señalando el médico que le asiste que x. estaba bebido, al comentarle el compañero que se había tomado una cerveza con anterioridad.

Viendo que el estado de x. no mejoraba, su compañero vuelve a llamar al 061 a las 21.55 horas, refiriendo que estaba tendido en el suelo y no podía moverse.

Trasladado al Hospital Reina Sofía se le realiza una Tomografía Axial Computarizada (TAC), que evidencia un gran hematoma de ganglios basales izquierdos abierto a ventrículos, con ligero desplazamiento de línea media y edema perilesional, y con cisternas perimensecefálicas preservadas.

Tras varios meses hospitalizado, x. presenta severas secuelas neurológicas que son calificadas por el INSS de incapacidad permanente en grado de gran invalidez, precisando ayuda de tercera persona, otorgándole un grado de minusvalía del 80 %.

El reclamante considera que concurre la relación de causalidad entre el anormal funcionamiento del servicio público y las secuelas que padece el paciente, ya que se ha producido un claro error de diagnóstico inicial por parte del facultativo del 061 y una demora en la prestación de asistencia médica a un paciente con un proceso de origen neurológico, lo que implica no sólo un peor pronóstico de recuperación inicial, sino también a largo plazo; todo ello supone, en opinión del reclamante, un incumplimiento del código deontológico del personal sanitario, dado que no se ha atendido a un enfermo, así como el incumplimiento de una obligación legal de atención a un paciente prevista en las Leyes 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, 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, y 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

Finalmente, solicita una indemnización de 2.000.000 euros, teniendo en cuenta las severas lesiones, los daños morales, la declaración de gran invalidez, la necesidad de contratar a una tercera persona para la ayuda del paciente, la adecuación de la vivienda, los perjuicios morales de la familia y los días de recuperación. Además interesa el recibimiento a prueba para la práctica de la documental que reseña en el folio 7 del expediente.

SEGUNDO.- Con fecha 20 de marzo de 2007 por el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud se dictó Resolución de admisión a trámite de la reclamación presentada, que se notificó a las partes interesadas.

El mismo día se solicitó copia de la historia clínica e informe de los facultativos a la Gerencia del 061 y al Hospital Reina Sofía de Murcia.

TERCERO.- Desde el Hospital Reina Sofía se remitió copia de la historia clínica del

paciente e informe del Dr. x, facultativo que le asistió en el Servicio de Urgencias, según el cual:

"A las 23.07 horas del citado día es recibido en urgencias, trasladado por Cruz Roja por un episodio de desorientación, dificultad para hablar, pérdida de fuerza y probable pérdida de conciencia no confirmada.

Tras una primera valoración y tras exploración física protocolizada se aprecia un estado de desorientación, deterioro neurológico, hemiparesia derecha, parálisis facial izquierda y disartria todo ello en el seno de una crisis hipertensiva (TA 200/110).

Todo ello orientaba hacia un accidente cerebrovascular agudo (ACVA) confirmándose tras la realización de una TAC que informó de una hemorragia de ganglios basales izquierdos abierta a ventrículos.

Una vez confirmada la sospecha diagnóstica y tras contactar con el Hospital Virgen de la Arrixaca, centro de referencia para procesos neuroquirúrgicos, se procedió al traslado reglado del paciente en UVI móvil al citado hospital para valoración y seguimiento por parte de su Servicio de Neurocirugía".

CUARTO.- Desde la Gerencia de Atención Primaria se remiten los antecedentes existentes, así como se traslada, a través de la Coordinadora Médica del Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) del Infante, la respuesta de la Dra. x, quien atendió al paciente en su domicilio aquella noche:

"Fuimos llamados para valorar un paciente en domicilio ya que SUAP I estaba ocupado, encontrando al paciente tendido en el suelo, nos refiere el acompañante que había ingerido unas copas. Al examen médico se detectan cifras elevadas de tensión arterial, se administra tratamiento médico teniendo en cuenta además que había sido valorado anteriormente por el SUAP I, decidiendo enviar al paciente a su hospital de referencia, solicitando para ello al centro directivo una ambulancia de traslado. Esperamos junto al paciente la llegada de esta y ayudamos a la posterior evacuación del paciente".

QUINTO.- Desde el SUAP de San Andrés se remite informe conjunto del Dr. x. y de la ATS x, según el cual:

"El sábado, día 29 de Octubre de 2005, el CCU (centro coordinador de urgencias) nos pasó un aviso para acudir a prestar asistencia sanitaria a x. en una vivienda situada en la calle de (...).

Al llegar encontramos al paciente en una cama junto a dos personas, hombre y mujer, que fueron los que solicitaron la asistencia. Ellos nos informaron de que el enfermo era médico, que era hipertenso y de que había estado bebiendo desde por la mañana. x. estaba consciente, aunque obnubilado, se encontraba vestido sobre la cama, olía mucho a alcohol y contestaba con monosílabos a las preguntas que le hacíamos. Durante la exploración física se movía con movimientos torpes y pesados y balbuceaba repetidamente que lo dejáramos tranquilo. Pensamos que le habría costado mucho esfuerzo acceder a la vivienda en un piso tercero y sin ascensor.

Tras aflojarle la ropa, le tomamos las constantes vitales y le realizamos una exploración neurológica. El diagnóstico de presunción era de "embriaguez o intoxicación etílica" y les dije a los dos acompañantes que lo mantuvieran en la cama mientras cedía la intoxicación y que si no observaban mejoría en una hora volvieran a telefonar al 112. Sobre las 18:30 horas terminamos la asistencia y salimos del domicilio".

También consta en el folio 49 el parte de la asistencia sanitaria descrita, fechado el 29 de octubre de 2005, a las 18,10 horas, en el que se consigna como juicio diagnóstico "estado de embriaguez".

SEXTO.- El 22 de noviembre de 2007 tuvo entrada en el registro de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia la Providencia de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia, admitiendo a trámite el recurso contencioso administrativo interpuesto por el interesado, solicitando copia del expediente administrativo a la Administración demandada. Asimismo se solicitó el emplazamiento de las partes interesadas, todo lo cual fue cumplimentado (folio 113).

SÉPTIMO.- Por el órgano instructor se solicitó al Hospital Virgen de la Arrixaca copia de la historia clínica (folios 117 y ss.) e informe de los facultativos que atendieron al x, obrando la valoración médica del Jefe de Servicio de Neurocirugía, Dr. x, quien manifiesta lo siguiente (folios 137 y 138):

"Resumen de evolución clínica: Se trata de un paciente varón de 58 años, con antecedentes de HTA y DM. Presenta de manera brusca sensación de malestar y somnolencia, por lo que llaman al 061, procediéndose a prestarle asistencia inicial. Dicha llamada se repite a los Servicios de Urgencias unas horas mas tarde. El paciente es trasladado al hospital "Reina Sofía" donde es evaluado, practicándosele TAC de cerebro y ante los hallazgos lo envían a nuestro hospital. Según notas de dicho hospital el cuadro fue inicialmente de somnolencia, evolucionando a disfasia y hemiparesia derecha, con una puntuación de GCS inicial de 9 y deterioro a GCS de 4. En el hospital "Reina Sofía" se constató una tensión arterial de 190/700. En el TAC craneal se encontró un hematoma de 7x3x3 cm. en ganglios de la base izquierda, con irrupción ventricular leve desplazamiento de la línea media pero con cisternas perimesencefálicas preservadas e inicio de hidrocefalia.

En nuestro hospital es evaluado procediéndose a colocación de urgencia el 30/10/05 de drenaje ventricular externo para control de la presión intracraneal y alivio de hidrocefalia asociada. Inicialmente estuvo en la UCI presentando cifras de presión intracraneal dentro de la normalidad durante 48 horas, por lo que se procedió a la retirada del drenaje ventricular externo. Pasa posteriormente a planta de neurocirugía donde presenta apertura espontánea de ojos, obedece y comprende órdenes simples, pero no puede hablar y tiene una hemiplejía derecha. Se realizan dos TACs de control que muestran ligera disminución del hematoma y ausencia de otras complicaciones susceptibles de cirugía. En esta situación se decide traslado al Servicio de Neurología de su hospital de procedencia.

CONSIDERACIONES:

1- Origen de la hemorragia: el paciente presentaba una historia previa de hipertensión arterial y diabetes mellitus no insulín dependiente, en tratamiento con antidiabéticos orales. Ambos son conocidos factores que pueden precipitar o desencadenar la aparición de una hemorragia intracerebral. La incidencia aproximada en la población es de 1 a 2 casos por 10.000 habitantes/año. El 50% de estas hemorragias intracraneales espontáneas se localizan en los ganglios basales, El inicio suele estar en relación con la actividad, mientras los ICTUS isquémicos suelen aparecer en reposo. El cuadro clínico típico es un comienzo gradual y lento en el 65% aproximadamente, con hemiparesia inicial que puede evolucionar a hemiplejía e inclusive a muerte. Las hemorragias de los ganglios de la base pueden asociarse con hidrocefalia por compresión de las vías de LCR. El estudio inicial de urgencias consiste en la realización de una TAC de cerebro. El tratamiento inicial de la hemorragia consiste fundamentalmente en la normalización de la tensión arterial y en los casos de estupor o de coma en intubación orotraqueal. Las hemorragias intracerebrales pueden tener un tratamiento médico o quirúrgico. En las hemorragias de ganglios basales la cirugía no mejora los resultados del tratamiento médico. Lo que sí se puede atender es el alivio de la hipertensión intracraneal y alivio de la hidrocefalia cuando existe, para lo cual se colocó en este paciente un sistema de drenaje ventricular externo, que se mantuvo durante 48 horas. Durante este tiempo y durante su estancia tanto en la UCI como en la planta, se mantuvieron todas las medidas de sostén adecuadas a su situación. La principal causa de muerte en las hemorragias de cerebro es la

herniación de cerebro que se produce fundamentalmente durante la semana inicial y principalmente en los pacientes con una puntuación inicial de la escala de coma de Glasgow de 7 o menor. En conjunto la mortalidad a los 30 días es de aproximadamente del 44%.

En los casos que sobreviven a la hemorragia el coste de la supervivencia es a base de secuelas necrológicas muy importantes, como es el caso de este paciente: la afasia y la hemiplejía.

2.- Consideraciones sobre el pronóstico del paciente: pensamos que se trata de un enfermo con un cuadro típico de hemorragia de ganglios de la base, asociado a hipertensión arterial y diabetes mellitus, con un tamaño del hematoma de aproximadamente 7x3x3 cm., que durante su evolución clínica no presentó datos de hipertensión intracraneal, como se demostró por la monitorización de dicha presión, que justificaran una intervención sobre el hematoma. Pensamos que las graves secuelas que presenta el paciente de disfasia y hemiplejía no hubieran mejorado con una más rápida asistencia, ya que las secuelas en este caso están en relación con la situación en un lugar estratégico del cerebro. En este tipo de pacientes, el aumento de la supervivencia que se debe a una mejoría en la asistencia y tratamiento desafortunadamente lleva aparejado un alto grado de secuelas".

OCTAVO.- Con fecha 4 de enero de 2010 se emite informe por la Inspección Médica, que concluye:

"1. x., de 58 años, sufrió una hemorragia intracraneal el 29/10/05, asociada a hipertensión arterial y diabetes mellitus que en su instauración coincide con el antecedente de ingesta de alcohol produciéndose un solapamiento de los síntomas de la intoxicación etílica con el inicio de la hemorragia-intracraneal.

2.- La actuación sanitaria prestada por el SUAP sobre las 18.00 horas fue adecuada a los síntomas que presentaba.

3.- Las secuelas de disfasia y hemiplejía están en relación con la situación del hematoma, siendo inevitables con una atención más rápida".

NOVENO.- Por la Compañía de Seguros x. se remite Dictamen Médico colegiado en el que se señala (folios 156 a 174):

"1. El paciente fue atendido de forma adecuada en su domicilio. La asistencia sanitaria se ajustó a la lex artis.

2. La presentación clínica era compatible con el diagnóstico de presunción que se realizó, y que de hecho era el más probable: intoxicación etílica aguda.

3. No existían signos de gravedad, ni de focalidad neurológica en el momento de la atención en el domicilio. El traslado al Hospital no estaba indicado.

4. No es posible afirmar si el paciente presentó dos procesos consecutivos (intoxicación y hemorragia), o si la presentación clínica de la hemorragia cerebral fue oligosintomática y atípica.

5. Lo que sí es posible afirmar es que en el caso de que el hecho acaecido hubiera sido el segundo (hemorragia cerebral de presentación atípica), no se hubiera modificado el curso clínico, ni el pronóstico de la misma.

6. Las secuelas neurológicas son consecuencia de la evolución de un proceso grave que se asienta sobre un cerebro deteriorado de forma crónica por la arterioesclerosis que el paciente padecía".

DÉCIMO.- Otorgado un trámite de audiencia a las partes interesadas, el reclamante manifiesta el 15 de abril de 2010 que debido al tiempo transcurrido (más de 3 años), la desestimación presunta se encuentra recurrida en el orden jurisdiccional contencioso administrativo, donde se han aportado pruebas más que suficientes para acreditar la existencia de nexo de causalidad entre el daño y el mal servicio recibido.

UNDÉCIMO.- Consta una nota interior (folio 180) del letrado que representa a la Administración regional en el recurso contencioso administrativo interpuesto por el reclamante (Procedimiento Ordinario 611/2007), en la que expone que el último trámite relevante fue la contestación de la demanda el 17 de abril de 2009.

DUODÉCIMO.- La propuesta de resolución, de 15 de abril de 2010, desestima la reclamación presentada por no concurrir los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial.

DECIMOTERCERO.- Con fecha 25 de mayo de 2010 se ha recabado el Dictamen preceptivo del Consejo Jurídico, acompañando el expediente administrativo.

A la vista de los referidos Antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia (LCJ), en relación con el 12 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

1. El reclamante, al padecer en su persona los perjuicios que imputa a la actuación administrativa consistente en la atención sanitaria recibida del sistema público de salud, ostenta la condición de interesado para ejercitar la acción de reclamación, a tenor de lo dispuesto por el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), en relación con el 4.1 RRP.

2. La legitimación pasiva deriva de la titularidad pública predicable de la atención sanitaria del 061.

3. La reclamación presentada el 27 de febrero de 2007 fue interpuesta antes del transcurso de un año desde que el Servicio de Medicina Interna le dio de alta al paciente el 2 de marzo de 2006, momento en el que cabe considerar que se determinaron las patologías y secuelas que se imputan a la asistencia sanitaria, y dentro, por tanto, del plazo anual de prescripción que, para el derecho a reclamar, establece el artículo 142.5 LPAC.

4. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos, salvo el plazo máximo para resolver, de conformidad con lo previsto en el artículo 13.3 RRP. Especialmente destacable es la tardanza de la Inspección Médica en evacuar su informe, que casa mal con los principios de eficacia, agilidad y celeridad que han de inspirar la actuación administrativa.

Precisamente esa excesiva duración del procedimiento ha llevado al interesado a considerar desestimada su reclamación por silencio administrativo, interponiendo el oportuno recurso contencioso administrativo. Ello no afecta a la obligación que incumbe a la Administración de dictar resolución expresa conforme a lo establecido en los artículos 42.1 y 43.4 LPAC, si bien procede que, previamente y en todo caso antes de dictar la resolución que haya de poner fin al procedimiento, por la instrucción se averigüe el estado de tramitación del recurso contencioso administrativo (Procedimiento Ordinario 611/2007), toda vez que las últimas actuaciones que constan en el expediente en relación con el proceso judicial datan de 14 de abril de 2010 (folio 180).

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los principios de la responsabilidad de la Administración que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 CE: "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". Por otra parte, el texto constitucional (artículo 43.1) también reconoce "el derecho a la protección de la salud", desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de naturaleza objetiva, son recogidos por los artículos 139 y siguientes de la LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia:

a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupos de personas.

b) Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando el nexo causal.

c) Ausencia de fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación del médico ha de llevarse a cabo por la denominada "*lex artis ad hoc*" o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes números 49/01 y 97/03 del Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo para determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente (SAN, Sección 4ª, de 18 de septiembre de 2002, y STS, Sala 3ª, de 14 de octubre de 2002).

Por ello, la doctrina jurisprudencial lo utiliza como parámetro que permita determinar el grado de corrección de la actividad de la administración sanitaria a la que se imputa el daño, diferenciando aquellos supuestos en los que el resultado dañoso se puede imputar a la actividad administrativa y aquellos otros casos en los que el resultado se ha debido a la evolución natural de la enfermedad y al hecho de la imposibilidad de garantizar la salud en todos los casos, y ello porque, como ha manifestado la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (sentencias de 4 de abril de 2000 y 17 de mayo de 2004, entre otras

muchas), el criterio fundamental para determinar si concurre responsabilidad patrimonial en materia de asistencia sanitaria es el de la adecuación objetiva al servicio prestado, independientemente de que existan o no conductas irregulares por parte de los agentes de la Administración y del éxito de los actos terapéuticos, cuyo buen fin no siempre puede quedar asegurado.

CUARTA. Concurrencia de los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial.

Ha de analizarse si concurren en el presente supuesto los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial, en relación con las imputaciones formuladas por la parte reclamante. Concretamente atribuyen al funcionamiento del servicio público de emergencias del 061 una inadecuada asistencia, que se centra esencialmente en un error inicial de diagnóstico por parte del facultativo que le atendió, la demora en la prestación de asistencia sanitaria a un paciente que presenta un proceso de probable origen neurológico, así como un incumplimiento del código deontológico al no haber sido atendido.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a *normopraxis* descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la Medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC)-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para el reclamante, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial -el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo en sentencia de su Sala de lo Contencioso Administrativo de 1 de marzo de 1999-. Para la Administración, la valoración de la asistencia prestada será ofrecida, además de por los médicos intervinientes, cuyo informe resulta preceptivo de conformidad con el artículo 10.1 RRP, por el de la Inspección Médica, que, en su calidad de órgano administrativo, se encuentra obligado a efectuar un análisis de objetividad e imparcialidad reforzadas, acerca de las actuaciones efectuadas por los facultativos de la Sanidad Pública.

Sin embargo, las imputaciones del reclamante se encuentran huérfanas de prueba en este procedimiento de responsabilidad patrimonial, frente a los argumentos de los informes médicos obrantes en el expediente, de los que se infiere la ausencia de infracción de la *lex artis*, como se expone en la propuesta elevada.

1. Sobre el error de diagnóstico en la prestación de sanitaria de los Servicios de

Urgencia.

En el juicio crítico de la primera asistencia, la Inspección Médica señala:

"En la asistencia prestada a x. por parte del SUAP tras recibir la llamada en el 112 a las 17:54 h del 29/10/05, el diagnóstico fue de "estado de embriaguez", a este diagnóstico se llegó tras la valoración del estado del paciente consciente y somnoliento, con movimientos torpes. Teniendo en cuenta los antecedentes de ingesta de alcohol referidos por las personas que lo acompañaban.

El antecedente de ingesta de alcohol es referido tanto por el médico, como por el ATS que atendieron la primera asistencia, a quienes se informó de que "había estado bebiendo desde por la mañana", por el médico que le asistió a las 21:55 horas a quien se le informó que "había bebido unas copas", por el facultativo de Urgencias del Hospital Reina Sofía a quien se le manifiesta que el problema ha surgido estando el reclamante en un bar tomando unas copas (pag. 45); y por el Hospital Virgen de la Arrixaca donde se mantiene la versión anterior (pag. 93).

Ante los síntomas que presentaba se tomaron las constantes vitales, destacando la TA 180/90 y glucosa 197, que no llama la atención al ser el paciente hipertenso y diabético, no instaurando ningún tratamiento, ya hemos visto que el tratamiento de la intoxicación etílica va encaminado a contrarrestar la hipoglucemia y la agitación en caso necesario. Insistir que el paciente presentaba somnolencia y movimientos torpes, síntomas que se producen tanto en la hemorragia intracraneal como en la intoxicación etílica, al afectar al sistema nervioso central".

Por lo tanto, en la asistencia prestada al paciente sobre las 18,10 horas se apreciaron los síntomas de una intoxicación etílica, como describen los facultativos que le atendieron por la tarde (Antecedente Quinto).

En consecuencia, tanto la Inspección Médica, como los peritos de la aseguradora, sostienen que la asistencia prestada se acomodó a los síntomas que presentaba el paciente en aquel momento (intoxicación etílica). Estos últimos destacan en su informe (folio 173) que no existían signos de gravedad, ni de localización neurológica en el momento de la atención en el domicilio.

2. Sobre la tardanza en la prestación de la asistencia sanitaria.

Conviene destacar que, tras la primera asistencia (que termina a las 18,30 horas, pese a que el reclamante señala que se inicia a las 18,39 horas), el facultativo que le asiste en su domicilio le indica a los acompañantes que si el paciente no presenta mejoría en una hora volvieran a llamar al teléfono de emergencias 112.

Sin embargo, el nuevo aviso a los Servicios de Urgencia no se produjo hasta tres horas y media después (a las 21,56 horas). La asistencia la lleva en este caso el SUAP del Infante (el SUAP-1 se encontraba ocupado), y la doctora que atendió al paciente, que se encontraba tendido en el suelo (más de 4 horas según la persona que avisa), detecta cifras elevadas de tensión arterial, le administra tratamiento médico y decide enviarlo a su Hospital de referencia, solicitando para ello una ambulancia de traslado, esperando junto al enfermo hasta su llegada, ingresando en el Servicio de Urgencias del Hospital Reina Sofía a las 23,07 horas, en el que tras la valoración del paciente su pronóstico se orienta hacia un accidente cerebrovascular agudo, confirmándose tras la realización de una TAC.

De las actuaciones descritas anteriormente no se puede sostener, como afirma el reclamante, la existencia de incumplimiento del código deontológico al no haber sido atendido el enfermo, otro aspecto distinto es que los síntomas que presentaba durante la primera asistencia (en la tarde del día 29 de octubre) orientaran inicialmente hacia otro diagnóstico, como se ha expuesto anteriormente.

3. Imputación de las graves secuelas del paciente a la demora en la asistencia sanitaria.

La Inspección Médica considera que las graves secuelas que presenta el paciente de disfasia y hemiplejía están en relación con la situación del hematoma en el cerebro, que cuando manifestó la sintomatología que hizo sospechar el diagnóstico ya se había producido el daño (folio 152).

Más aún, el Dr. x, Jefe de Servicio de Neurocirugía del Hospital Virgen de la Arrixaca, expone lo siguiente sobre la relación entre las secuelas y el tiempo de la asistencia (folio 138):

"Pensamos que las graves secuelas que presenta el paciente de disfasia y hemiplejía no

hubieran mejorado con una más rápida asistencia, ya que las secuelas en este caso están en relación con la situación en un lugar estratégico del cerebro. En este tipo de pacientes, el aumento de la supervivencia que se debe a una mejoría en la asistencia y tratamiento desafortunadamente lleva aparejado un alto grado de secuelas".

En igual sentido los peritos de la compañía aseguradora (folio 174) exponen que "*las secuelas neurológicas son consecuencia de la evolución de un proceso grave sobre un cerebro deteriorado de forma grave (...)*".

En consecuencia, no existen otros elementos de juicio que lleven a la convicción de que los servicios sanitarios no actuaron conforme al estándar de atención médica exigible a las circunstancias del caso, sin que se advierta la presencia de los requisitos exigidos por el ordenamiento jurídico para declarar la responsabilidad patrimonial, pues la adecuación de la asistencia médica a la *lex artis ad hoc* excluye cualquier antijuridicidad del daño (artículo 141.1 LPAC), que no puede ser imputado a la actuación de los profesionales intervinientes.

Por último, la cuantía indemnizatoria reclamada en relación con el funcionamiento del servicio público no se justifica, ni tiene en cuenta los factores de riesgo propios del paciente.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula las siguientes

CONCLUSIONES

PRIMERA.- Antes de dictar la resolución que haya de poner fin al presente procedimiento de responsabilidad patrimonial, por el órgano instructor habrá de verificarse el trámite en el que se encuentra el recurso contencioso administrativo interpuesto contra la desestimación presunta de la reclamación.

SEGUNDA.- Se informa favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria, en tanto que no se aprecia la concurrencia de los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial, ni se acredita la cuantía indemnizatoria solicitada.

No obstante, V.E. resolverá.

