

En Logroño, a 5 de diciembre de 2018, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. Joaquín Espert Pérez-Caballero, y de los Consejeros, D. José María Cid Monreal, D. Enrique de la Iglesia Palacios, D. José Luis Jiménez Losantos y D. Pedro Prusén de Blas, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D. José Luis Jiménez Losantos, emite, por unanimidad, el siguiente

## **DICTAMEN**

**118/18**

Correspondiente a la consulta formulada por la Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja, en relación con la *Reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria formulada por D<sup>a</sup> J.B.M. por los daños y perjuicios que entiende causados por la deficiente atención sanitaria tras ser atropellada por un automóvil y sufrir, poco después de ser dada de alta, una caída domiciliaria con consecuencia de fractura de ambas ramas isquiopubianas, y que valora en 83.702,90 euros, más intereses legales y costas.*

## **ANTECEDENTES DE HECHO**

### **Antecedentes del asunto**

#### **Primero**

En este dictamen y para facilitar su lectura, emplearemos las siguientes siglas y abreviaturas:

- CEX= Consulta/s externa/s del Servicio correspondiente.
- Consejería actuante= Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja.
- CPS= Cartera de prestaciones sanitarias del SNS.
- CSC= Cartera de servicios del SNS, aprobada por RD 1030/2006, de 5 de septiembre.
- DG= Dirección y Director/a General.
- HSP= Hospital San Pedro del SERIS en Logroño (La Rioja).
- IPR= Informe pericial presentado por la reclamante.
- IMI= Informe pericial presentado por la Inspección Médica del SERIS.
- IPA= Informe pericial presentado por la Aseguradora del SERIS.
- ITC= Interconsulta de un Servicio con otro u otros del SERIS.
- Ley 3/2001= Ley riojana 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja.

- Ley 4/2005=Ley riojana 4/2005, de 1 de junio, de Funcionamiento y régimen jurídico de la Administración de la CAR.
- Ley 7/2011= Ley riojana 7/2011, de 22 de diciembre, de Medidas fiscales y administrativas para el año 2012.
- Ley 14/1986= Ley estatal 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley 16/2003= Ley estatal 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y calidad del SNS.
- LJCA'98= Ley estatal 29/1998, de 13 de julio, de la Jurisdicción contencioso-administrativa.
- LPAC'15= Ley estatal 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento administrativo común de las Administraciones públicas.
- LSP'15=Ley estatal 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen jurídico del Sector público.
- MAP= Médico Atención Primaria.
- SERIS: Servicio Riojano de Salud.
- TAC= Tomografía axial computarizada.
- RM= Resonancia magnética.
- SAP= Servicio de Atención Primaria del SERIS.
- SCA= Sala de lo contencioso-administrativo.
- SGT= Secretaría y Secretario/a General Técnico/a.
- SNS= Servicio Nacional de Salud.
- ST= Servicio de Traumatología del SERIS.
- STS 3ª= Sentencia del Tribunal Supremo, Sala Tercera.
- SU= Servicio de Urgencias del SERIS.
- TSJR= Tribunal Superior de Justicia de La Rioja.
- UCE= Unidad de cuidados especiales.

## **Segundo**

**1.** La reclamación se inició por escrito de 12 de diciembre de 2017, suscrito por Letrado, en nombre y representación de la interesada, que tuvo entrada en el Registro del Gobierno de La Rioja el mismo día de su fecha, constatando los siguientes hechos:

- Al suceder los hechos, la reclamante contaba con 92 años, vivía sola, realizaba por sí misma los cometidos diarios habituales, tenía una movilidad normal para su edad, aunque utilizaba bastón.
- El 14 de diciembre de 2016, sobre las 18,05 horas, cruzó por un paso de peatones, en la calle La Cigüeña de Logroño, que se encontraba ocupado parcialmente por una furgoneta parada. Cuando se encontraba a la altura de la trasera de la furgoneta, ésta realizó una maniobra de marcha atrás, sin percatarse de la presencia de la peatón reclamante, por lo que la golpeó e hizo caer, de golpe, al asfalto. La furgoneta tenía concertado seguro de circulación con la Aseguradora Groupama.
- Atendida por el personal de una ambulancia que acudió al lugar, fue ingresada, en el SU del HSP dependiente del SERIS, a las 18:27 horas. Se le realizaron radiografías de pelvis, cadera derecha y fémur derecho, por referir dolores en cadera derecha y parte proximal de pierna derecha, de las que se obtuvo medicamente la conclusión de *“no apreciarse claramente fractura, podría presentar fractura subcapital impactada”*. Fue dada de alta, con diagnóstico de *“contusión en cadera derecha”*, ese mismo día, a las 20,05 horas.

- Fue trasladada a su casa en ambulancia. Tanto en el SU como en los actos del traslado hasta dejarla en la puerta de su casa, se le movió en silla de ruedas. Una vez dejada por los auxiliares de la ambulancia en el umbral de su piso, estos se llevaron la silla de ruedas.
- Apenas dio unos pasos, cayó al suelo, siendo incapaz de levantarse, por lo que permaneció en esa situación hasta que, hacia las 3:30 horas de la madrugada, un vecino alertado por los golpes y voces de la afectada, se acercó al piso y avisó a la Policía Local para acceder a la vivienda, pues la afectada no podía abrirla. Habiendo acudido la Policía Local, los miembros de la patrulla consiguieron abrir la puerta y se encontraron a la paciente tirada en el suelo a unos 2/3 metros de la puerta.
- Tras acceder a la vivienda y obtener el teléfono del hijo de la reclamante, los agentes intervinientes le avisaron. El hijo se personó en el domicilio, se hizo cargo de su madre y solicitó atención sanitaria. La reclamante regresó al precitado SU en ambulancia, a las 5,15 horas del 15 de diciembre de 2016.
- En el referido SU, le realizaron nuevas radiografías, que generaron el mismo resultado que las anteriores, por lo que se decidió realizarle un TAC, que confirmó “fractura de ambas ramas isquiopúbicas sin desplazamiento”. Tras ser atendida, fue remitida a su domicilio, recomendándosele: reposo en cama/sillón durante un mes; analgesia si había dolor; tratamiento anticoagulante (que ya efectuaba); y nueva revisión en un mes en la CEX del ST.
- Transcurrido el mes con reposo absoluto, comenzó a deambular con ayuda de carrito andador. Fue dada de alta el 6 de marzo de 2017.

**2.** La reclamación, tras invocar los fundamentos jurídicos en los que se sustenta, solicita el resarcimiento económico expresado y que sea citada al expediente la entidad *Groupama Plus Ultra*, aseguradora del vehículo causante del atropello.

**3.** La reclamación acompaña, entre otros documentos, un IPR (informe pericial médico, elaborado por el Dr. Gregorio García Pérez, Especialista en valoración de daño personal).

Este IPR se refiere, en su mayor parte, a la valoración de los daños, si bien se inicia con una consideración del estado general de la paciente, indicando que presenta “*procesos degenerativos que afectan tanto a articulaciones coxo-femorales como a columna vertebral*”, que estima propio de la edad.

En cuanto a la posible responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, el IPR la apoya en dos actuaciones: **i)** que, ante la sospecha de la presencia de fractura subcapital, que se obtuvo de las radiografías efectuadas en la primera asistencia, no se efectuara consulta con el ST; **ii)** que, además de ello, no se le efectuaran otras pruebas más concluyentes, tales como TAC o RM; y **iii)** que se le trasladase a su domicilio, sin haber intentado antes conocer si contaba (y, en su caso, contactar) con algún familiar o persona de confianza que pudiera

atenderla y ayudarla durante esas primeras horas.

Respecto a la relación de causalidad, este IPR sostiene: i) que es indudable que, del atropello viario, proceden las lesiones de contusión en cadera derecha y la posible fractura impactada sub-capital; y ii) que es más complejo el determinar cuándo se producen las fracturas de ambas ramas isquio-pubianas, a cuyo efecto examina ambas posibilidades: i) que se hubieran producido en el referido atropello (primera caída), en cuyo caso, no constituye una mala praxis del SU al no haberlas diagnosticado, ya que, si no son desplazadas, son muy difíciles de ser observadas en las radiografías (aunque entiende que la omisión de consulta con el ST constituyó mala praxis); ii) que se hubieran producido en el domicilio de la paciente (segunda caída), en cuyo caso, habría que determinar la causa de tal caída, considerando que la falta de fuerza y seguridad y el estado doloroso de la paciente, por la cercanía con el accidente, permiten considerar que el alta médica dada por el SU fue “desafortunada”, al haber sido expedida sin haberse asegurado que la paciente contaba con acompañamiento; no obstante, considera que, aunque las fracturas se hubieran producido en esta segunda caída, *“el único factor que influye de manera diferente en su vida habitual (de la paciente) ha sido el accidente y sus consecuencias (pues), si las fracturas de ramas isquio-pubianas son posteriores, su relación con el accidente sigue siendo unívoca”*.

### **Segundo**

La SGT de la Consejería actuante dictó una Resolución, firmada electrónicamente el 22 de diciembre de 2017, en el sentido de tener por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial con efectos del día 19 de diciembre de 2017 y designar Instructor del mismo. Este último remitió un oficio de 27 de diciembre de 2017 (notificado el 2 de enero de 2018) por el que informó, al Letrado de la reclamante, del plazo para resolver.

También se notificó el procedimiento a la Compañía Aseguradora del SERIS y, aunque no hay constancia de ello en el expediente, obra en el mismo un IPA (informe médico-pericial elaborado a su instancia).

Sin embargo, la precitada Resolución de inicio denegó la petición de la reclamante para que se notificara el procedimiento a la Compañía Aseguradora del vehículo causante del atropello, aduciendo que no procedía considerar a dicha Compañía Aseguradora como interesada en el procedimiento, puesto que la Administración actuante respondía sólo por los daños derivados de la asistencia sanitaria y era totalmente ajena al referido atropello, pues ni siquiera era dueña del automóvil.

### **Tercero**

El Instructor solicitó, el 27 de diciembre de 2017, a la Dirección del Área de Salud de La Rioja, los antecedentes, datos e informes que estimase de interés en relación con la asistencia sanitaria prestada a la paciente; incluyendo el informe de los Facultativos intervinientes en ella, así como la historia clínica relativa, exclusivamente, a la asistencia sanitaria objeto de la reclamación.

Mediante escrito de 29 de enero de 2018, la expresada Dirección remitió la documentación solicitada, integrada por: i) los informes de los Facultativos intervinientes en la asistencia sanitaria prestada; ii) informes de las dos asistencias prestadas en el SU del HSP; y iii) la historia clínica de la asistencia sanitaria objeto de la reclamación prestada a la paciente.

Estos documentos confirman el relato de los hechos efectuado en el escrito de reclamación, aunque revela: **i)** respecto a la primera asistencia (prestada a la paciente en el SU el 14 de diciembre de 2016), los Dres Alba Hernández Marcos (del SU) e Ignacio Puyuelo Jarne (del ST) expresan que, tras efectuar una ITC, no apreciaron en las radiografías una “*lesión ósea aguda*”, por lo que la paciente fue derivada a la CEX del SAP, “*para seguimiento, previa pauta de tratamiento analgésico y medidas de reposo*”; y **ii)** respecto a la segunda asistencia (prestada a la paciente en el SU el 15 de diciembre de 2016), tanto los informes de los Dres del SU que atendieron a la paciente, como las notas de la historia clínica, coinciden en que las nuevas radiografías mostraban el mismo resultado que las del día anterior y fue un TAC practicado en esta segunda asistencia el que reveló una “*fractura de ambas ramas isquiopubianas, sin desplazamiento*”.

#### Cuarto

Previa petición del Instructor (cursada mediante escrito de 1 de febrero de 2018), la DG de Asistencia, Prestaciones y Farmacia remitió un informe, de 8 de marzo de 2018, de la Inspección médica (IMI), en el que manifiesta que:

- En la primera asistencia (prestada tras el atropello viario): **i)** la paciente no refería dolor cuando permanecía sentada, pero se quejaba de la pierna derecha al andar y, al ser explorada, no manifestó dolor a la palpación del trocánter mayor de cadera derecha, ni del fémur ni de la musculatura; **ii)** la valoración que se solicitó al ST informó de exploración normal en paciente que deambulaba; **iii)** las radiografías de pelvis, cadera y fémur derechos tan solo informaban de una posible fractura subcapital impactada; y **iv)** como tratamiento, se le indicó reposo relativo, frío local, deambular con bastón según tolerancia, tratamiento analgésico y control por su MAP. El IMI estima que todas las actuaciones se ajustaron a los protocolos exigibles, y, por ello, fueron acordes a la *lex artis*.
- En la segunda asistencia (prestada tras la caída en su domicilio), la paciente refirió, al ser explorada, dolor

coxofemoral bilateral (más en el lado derecho) y gonalgia izquierda. Dado que las radiografías que se le realizaron fueron idénticas a las de la primera asistencia y con la misma imagen, se llevó a cabo un TAC de pelvis, que informó de fractura de ramas isquiopúbicas sin desplazamiento. Fue valorada de nuevo por el ST, con exploración de movilidad de caderas dolorosa, pero conservada. Se le indicó reposo y tratamiento analgésico.

- Fue revisada, posteriormente, por el ST, los días 9 de enero y 6 de marzo de 2017. En la primera consulta, ya no presentó dolor a la deambulacion ni a la compresión; en la segunda, presentó dolor, controlado con la analgesia pautada, y, sin dolor, a la deambulacion. Ya caminaba con ayuda de un bastón –lo que hacía antes del accidente-, por lo que fue dada de alta.

Concluye el IMI: **i**) que la primera atención (prestada a la reclamante en el SU el 14 de diciembre de 2017) fue adecuada a la clínica que presentaba (“*dolor en cadera y pierna derecha a la deambulacion*”), sin que el ST apreciara “*datos que sugirieran patología ósea aguda en ese momento*”; **ii**) que no fue inadecuado retornar a la paciente a su domicilio sin asegurarse de que contaba con apoyo de terceras personas, ya que la misma se encontraba consciente, orientada y con autonomía para decidir si deseaba solicitar algún tipo de ayuda; **iii**) que dicha paciente, “*tras la caída que sufrió en su domicilio, presentó una nueva situación clínica, siendo diagnosticada, mediante los estudios oportunos, de fractura de ambas ramas isquiopúbicas, sin desplazamiento, para lo que se indicó el tratamiento oportuno*”; y **iv**) que, por todo ello, la asistencia sanitaria prestada a la paciente fue correcta y ajustada a la *lex artis*.

## Quinto

Obra también en el expediente un detallado IPA (informe médico-pericial, emitido, a instancia de la Aseguradora del SERIS y firmado por la Dra. D<sup>a</sup> Esther Carbó Laso, Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología, el 10 de febrero de 2018), que manifiesta que:

- La fractura osteoporótica de pelvis, en ancianos, es un motivo muy frecuente en las urgencias de Traumatología, siendo la fractura de la rama iliopúbica la más frecuente.
- Ante la caída de un anciano con traumatismo pélvico, lo recomendado es realizar radiografías de pelvis y de cadera, pues “no hay ningún protocolo que obligue a realizar TC o RM en un anciano que acude (al SU) con clínica de sospecha de fractura de ramas no complicada, y no sea perceptible en la radiografía simple”; y, además, diversos estudios ponen de relieve que, en un 23%, de fractura de ramas, no se llega a realizar su diagnóstico a través de una radiografía simple.
- Pese a ello, considera irrelevante el que, inicialmente, no se lleve a cabo el diagnóstico preciso, ya que: i) en las fracturas pélvicas no desplazadas, la radiografía puede resultar insuficiente, ya que pueden pasar desapercibidas, en cuyo caso, de persistir el dolor e imposibilidad para deambular en 2/3 semanas, pueden realizarse otras pruebas de imagen, como TAC o RM; y, ii) en cualquier caso (es decir, desplazadas o no desplazadas) la curación de las fracturas de ramas pélvicas en ancianos, siempre requiere el mismo tratamiento: el conservador, con analgesia, profilaxis antitrombótica y movilización precoz. Se

recomienda un periodo de reposo de 3-4 semanas, si bien, más por el dolor que ocasiona la deambulaci3n que por el riesgo 3nsito al desplazamiento. En m3ltiples ocasiones, si el paciente tolera el dolor, se le permite la deambulaci3n desde el principio.

- Considera que, en la primera atenci3n prestada en SU, se practic3, a la paciente, una adecuada exploraci3n f3sica, en la que mostr3 ausencia de dolor a la palpaci3n. Tambi3n se realizaron varias radiograf3as que mostraban imagen de una posible fractura subcapital derecha impactada. A3ade que los informes m3dicos elaborados constatan que la paciente era capaz de deambular, aunque lo hiciera con dolor en cadera derecha y parte proximal del muslo, por lo que se descart3 esa fractura, tanto por los Facultativos del SU, como por el Traumat3logo de guardia, al que se le efectu3 interconsulta (ITC). Estima estos actos como los previstos por los protocolos m3dicos, y, en consecuencia, adecuadamente efectuados.
- En la segunda atenci3n prestada a la paciente en el SU el d3a 15, tras sufrir la ca3da en su domicilio, constata que, en los informes m3dicos, se hizo constar que dicha paciente presentaba “dolor a la palpaci3n *pertrocant3rea en ambas caderas, sobre todo la derecha*”, por lo que hab3a cambios en el resultado de la exploraci3n, que pod3an deberse a lesiones a3adidas. Se repiti3 la radiograf3a de pelvis, con resultado similar a la anterior, por lo que se solicit3 un TAC, que posibilit3 el descartar la fractura subcapital derecha, y permiti3 el diagn3stico definitivo: fractura de ramas isquiopubianas bilateral sin desplazamiento. Insiste en que, examinadas (por la Dra informante) las radiograf3as realizadas en la asistencia del d3a 14, esa fractura no es visible, circunstancia que achaca a ser “*sin desplazamiento*”, con las consecuencias precedentemente expuestas.
- Tras indicar que “*no es posible saber si la fractura de ramas fue consecuencia de la ca3da el 14 de diciembre o de la del 15 de diciembre de 2016 en su domicilio*”, especifica que, “*aunque se produjera en la primera ca3da, el retraso, de menos de un d3a, en el diagn3stico no tuvo ninguna consecuencia sobre la lesi3n ni sobre el tratamiento, que es siempre conservador*”.
- Por 3ltimo, en clara referencia a la suma que se reclama por el concepto de “perjuicio moral por p3rdida de calidad de vida”, efect3a la consideraci3n de que, en lo referente a los efectos que en una persona mayor se producen tras sufrir una o varias fracturas en extremidades inferiores, es muy frecuente (los estudios lo cifran en un 50% de pacientes) que comporte un deterioro general de las capacidades f3sicas y funcionales del anciano.

Concluye el IPA se3alando que, en todo momento, se observaron los protocolos de actuaci3n reconocidos para este tipo de lesiones, por lo que considera conformes con la *lex artis ad hoc* todas las asistencias sanitarias prestadas a la reclamante.

## Sexto

El 23 de mayo de 2018, el Instructor notific3, al Letrado de la reclamante el plazo para examinar el expediente y presentar alegaciones, sin que hiciera uso de tal derecho.

El 10 de septiembre de 2018, la DG de los Servicios Jurídicos remitió un oficio de 31 de julio de 2018, de la SCA del TSJR, por el que se requirió la remisión del expediente a los autos del Recurso contencioso-administrativo interpuesto por reclamante el 12 de julio de 2018 para pedir, del SERIS y de la precitada Compañía aseguradora del conductor del vehículo que la atropelló, ser resarcida de los daños que nos ocupan.

### **Séptimo**

El 11 de octubre de 2018, el Instructor elaboró una Propuesta de resolución, en el sentido de que se desestimase la reclamación por no ser imputable el perjuicio alegado al funcionamiento de los Servicios públicos sanitarios.

Recibida dicha Propuesta, la SGT de la Consejería actuante solicitó, el 15 de octubre de 2018, a la DG de los Servicios Jurídicos, la emisión del preceptivo informe, el cual fue evacuado, el 25 de octubre de 2018, en sentido favorable a la expresada Propuesta de resolución.

## **Antecedentes de la consulta**

### **Primero**

Por escrito firmado electrónicamente en fecha 30 de octubre de 2018, y de entrada en este Consejo el siguiente día 31, la Excma. Sra. titular de la Consejería actuante remitió al Consejo Consultivo de La Rioja, para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

### **Segundo**

El Sr. Presidente del Consejo Consultivo de La Rioja, mediante escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente el 31 de octubre de 2018 procedió, en nombre de dicho Consejo, a acusar recibo de la consulta, a declarar provisionalmente la misma bien efectuada, así como a apreciar la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

### **Tercero**

Asignada la ponencia al Consejero señalado en el encabezamiento, la correspondiente ponencia quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo indicada.

## **FUNDAMENTOS DE DERECHO**

### **Primero**

#### **Necesidad y ámbito del Dictamen del Consejo Consultivo**

En el presente caso, se reclama una indemnización superior a 50.000 euros, por lo que nuestro dictamen es preceptivo, a tenor de lo establecido en el art. 11, g), de la Ley 3/2001, en relación con los arts 65.4, de la Ley 4/2005 (redactado por la precitada Ley 7/2011) y 81.2 LPAC'15; preceptos de los que resulta que procede recabar el dictamen del Consejo de Estado o del Órgano consultivo de la Comunidad Autónoma respectiva (en este caso, del Consejo Consultivo de La Rioja) cuando el importe de la indemnización reclamada sea de cuantía igual o superior a 50.000 euros.

En cuanto al contenido del dictamen, a tenor del art. 81.2.3 LPAC'15, el mismo ha de pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de la indemnización, de acuerdo con los criterios establecidos en la propia LPAC'15, así como en el art. 34.2 LSP'15, que se remite a los criterios de la legislación en materia fiscal, de expropiación forzosa y demás normas aplicables, ponderándose, en su caso, las valoraciones predominantes en el mercado; y pudiendo, en los supuestos de muerte o lesiones corporales, tomar como referencia la valoración incluida en los baremos de la normativa vigente en materia de seguros obligatorios.

### **Segundo**

#### **Sobre la consideración de la aseguradora del vehículo como interesada en el expediente**

1. La reclamante, por otrosí de su escrito de reclamación, solicitó que, al amparo del art. 4.1.b) LPAC'15, dicho escrito fuera notificado a la Compañía aseguradora del vehículo que la atropelló para que la misma compareciera como interesada en el subsiguiente procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial.

2. La Administración actuante, en la Resolución de inicio de dicho procedimiento, denegó tal pretensión al entender que el mismo se ciñe a determinar la posible responsabilidad patrimonial de la Administración pública por sus actuaciones sanitarias y no por actos de

terceros ocasionados con un vehículo del que dicha Administración ni siquiera es titular.

**3.** Aunque la reclamante se aquietó en vía administrativa ante esta denegación que, por tanto debe entenderse consentida, este Consejo debe efectuar al respecto las siguientes consideraciones:

**A)** En primer lugar, es de señalar que el art. 35 LSP'15 dispone que, *“cuando las Administraciones públicas actúen, directamente o a través de una entidad de Derecho privado, en relaciones de esta naturaleza, su responsabilidad se exigirá de conformidad con lo previsto en los arts 32 y ss, incluso cuando concorra con sujetos de Derecho privado o la responsabilidad se exija directamente a la entidad de Derecho privado a través de la cual actúe la Administración o a la entidad que cubra su responsabilidad”*. Este precepto prevé el caso de que la Administración pública, en el seno de una relación de carácter jurídico-privado, haya realizado una actuación en concurrencia con personas jurídico-privadas, a las cuales se les exija responsabilidad por daños en forma directa o bien indirecta (a través de sus respectivas entidades aseguradoras). Pero tal no es el caso que nos ocupa pues, en éste, la Administración sanitaria no ha concurrido, en la realización de ninguna actividad, con el conductor del vehículo que atropelló a la reclamante.

**B)** En segundo lugar, es de recordar que el art. 2,e) LJCA'98 dispone que la jurisdicción contencioso-administrativa conocerá *“de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas, cualquiera que sea la naturaleza de la actividad o el tipo de relación de que derive, no pudiendo ser demandadas aquellas por este motivo ante los órdenes jurisdiccionales civil o social, aun cuando en la producción del daño concurren con particulares o cuenten con un seguro de responsabilidad”*. Este precepto supone que, en el caso de que la Administración haya producido un daño en concurrencia con personas jurídico-privadas, la jurisdicción contencioso-administrativa es fuero único (con exclusión de cualquier otro, como el civil o el laboral) para, evitando el denostado “peregrinaje de jurisdicciones”, conocer de las pretensiones indemnizatorias, aunque en el proceso intervengan también las referidas personas jurídico-privadas o, eventualmente, sus compañías aseguradoras. Tal podría suceder, si se alegara, en la interposición del recurso contencioso-administrativo, que el daño irrogado puede proceder tanto de la actividad sanitaria de la Administración como de la actividad de un tercero (en nuestro caso, la de tráfico viario del conductor del automóvil que la atropelló); pues, en tal hipótesis, la Compañía aseguradora de dicho tercero (en nuestro caso, el referido conductor e incluso éste mismo por la cuantía de una eventual franquicia) estaría pasivamente legitimada para comparecer en el proceso contencioso-administrativo correspondiente. Así ha sucedido en el presente caso, puesto que, en el expediente, consta que la Compañía aseguradora del conductor ha sido efectivamente demandada por la reclamante en

vía contencioso-administrativa.

**C)** Las razones por las cuales la Compañía aseguradora del conductor que atropelló a la reclamante (e incluso éste mismo, caso de franquicia) debieron ser llamados como interesados al procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial que nos ocupa son las siguientes:

-Por un lado, la Administración actuante ha llamado a este procedimiento administrativo a su propia compañía aseguradora, la cual incluso ha aportado un informe pericial (IPA) que obra en el expediente; por lo que no es coherente oponerse a que la reclamante pretenda que también se llame a la Compañía aseguradora de quien, a su entender, también concurrió a dañarla.

-Por otro lado, la Compañía aseguradora del conductor (e incluso éste mismo, caso de franquicia) tiene un legítimo interés en conocer en qué medida la Administración actuante va a conceder o no, a la reclamante, una determinada cuantía indemnizatoria; ya que, de los principios de resarcimiento integral y de interdicción del enriquecimiento injusto que rigen esta materia, se desprende que la cantidad que, eventualmente, pudiera ser fijada por la Administración como indemnización para la reclamante minoraría la que, también hipotéticamente, correspondería ser indemnizada por la compañía aseguradora del conductor (o por este mismo, caso de franquicia).

-Como contrapartida y por idéntico motivo, la Administración actuante tiene interés objetivo en conocer si la persona que atropelló a la reclamante y la Compañía aseguradora de ésta asumen y, en su caso, en qué cuantía, responsabilidad patrimonial por el daño causado.

-Finalmente, la Compañía aseguradora del conductor ha sido demandada (acción directa) por la reclamante en vía jurisdiccional contencioso-administrativa, por lo que, si la misma se encuentra pasivamente legitimada en el proceso judicial, no es coherente negarle interés para intervenir en la vía administrativa previa ,cuando así lo ha pedido la misma persona reclamante.

**D)** Parecería que la lógica consecuencia de lo anterior sería declarar la nulidad de las actuaciones y retrotraer el procedimiento administrativo al momento en que debió ser citada al mismo como interesada la Compañía aseguradora del conductor que atropelló a la reclamante (e incluso éste mismo, caso de franquicia). Sin embargo, tal falta de citación carece de eficacia invalidante, por los siguientes motivos:

-En primer lugar, porque, como hemos señalado, ha sido consentida por la reclamante al aquietarse cuando le fue notificada.

-En segundo lugar, porque tanto da si la referida Compañía aseguradora del conductor (e incluso éste mismo, caso de franquicia) han sido o no llamados, en tiempo y forma, al procedimiento administrativo o si han efectuado o no alegaciones en el mismo, ya que, en cualquier caso, como bien afirma la Propuesta de resolución, la Administración actuante, sólo está habilitada, por la normativa reguladora de la responsabilidad patrimonial, para declarar su propia responsabilidad y para determinar la cuantía indemnizatoria que entienda procedente, sin perjuicio, obviamente, de una eventual revisión jurisdiccional ulterior, en vía contencioso-administrativa; pero, en modo alguno, la referida Administración está facultada para pronunciarse, respecto de un tercero, como es, en este caso, el aludido conductor o su aseguradora, sobre el *an* (el “si”), esto es, sobre la existencia o no de responsabilidad o sobre el *quantum* (la “cuantía”), esto es, sobre el monto indemnizatorio procedente. En otras palabras, la Administración actuante carece de potestad para declarar si existe o no, o en qué medida, la responsabilidad patrimonial de un tercero, es decir, de un particular dañante con el que dicha Administración carezca de cualquier relación jurídica; y también carece la Administración de potestad para fijar la cuantía de la indemnización que a éste tercero o a su Compañía aseguradora les corresponde resarcir. Esto es así porque, en los procedimientos administrativos de responsabilidad patrimonial, la Administración actuante, en virtud de su prerrogativa general de auto-tutela declarativa, sólo puede (y siempre sin perjuicio de una ulterior revisión jurisdiccional) definir su propia posición jurídica, fijando el alcance de su propia responsabilidad; pero no puede definir la posición jurídica ni la responsabilidad patrimonial de los terceros particulares que hayan podido concurrir con ella en la producción de daño, ni tampoco las de las Compañía aseguradoras de los mismos.

-En tercer lugar, porque, habiendo sido interpuesto por la reclamante un recurso contencioso-administrativo contra la Administración actuante y (por acción directa) contra la referida Compañía aseguradora, sería contrario a la economía procesal y carecería de sentido ahora, es decir, al emitir este dictamen, proceder a dicha retroacción.

4. Por consiguiente, entendemos que, en este caso, lejos de declarar la nulidad y retroacción de actuaciones, procede emitir el presente dictamen sobre el fondo del asunto y que, una vez emitido, la Administración actuante concluya el procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial con la resolución extraprocesal que, sobre dicho fondo, corresponda, sin perjuicio, obviamente, de lo que, al respecto y más adelante, la jurisdicción

contencioso-administrativo pueda fallar en firme al sentenciar el recurso judicial ahora pendiente en el que sean parte tanto la Administración sanitaria como, en su caso, el conductor del vehículo o su Compañía aseguradora.

### **Tercero**

#### **Sobre los requisitos exigidos para que surja la responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas.**

1. Aunque los procedimientos de responsabilidad patrimonial iniciados antes de 2 de octubre de 2016 (fecha de entrada en vigor de la LPAC'15, según su DF 7ª, y LSP'15, según su DF 18ª.1) continúan rigiéndose (según establece la DT 3ª, a) LPAC'15), por la normativa anterior [es decir, por la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen jurídico de las Administraciones públicas y del procedimiento administrativo común (LPAC'92); y por el Reglamento de los procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo]; sin embargo, tanto la LPAC'92 como el precitado RD 429/1993 han sido derogados expresamente por la Disposición Derogatoria 2, párrafos a) y d), respectivamente, de la LPAC'15; por lo que los procedimientos de responsabilidad patrimonial que, como el que ahora nos ocupa, han sido iniciados después de la expresada fecha de 2 de octubre de 2016, se rigen por la normativa contenida: i) en los arts. 32 a 36 LSP'15 (que, respectivamente, regulan los principios de la responsabilidad patrimonial, la responsabilidad concurrente de las Administraciones públicas, la responsabilidad de Derecho privado y la de autoridades y personal al servicio de las Administraciones públicas); y ii) en los arts. 65, 67, 81, 91, 92, 96.4 y 96.6, g), así como en la DT 5ª de la LPAC'15 (que, respectivamente, regulan las especialidades de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los trámites de inicio, informes y dictámenes, resolución, competencia, tramitación simplificada y responsabilidad derivada de declaraciones de inconstitucionalidad u oposición al Derecho de la UE).

2. Pues bien, nuestro ordenamiento jurídico (en concreto, los arts. 106.2, de la Constitución, 32.1 LSP'15 y 65, 67, 81, 91.2 LPAC'15) reconoce, a los particulares, el derecho a ser indemnizados, por las Administraciones públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento, normal o anormal, de los servicios públicos (entendido como cualquier hecho o actuación enmarcada dentro de la gestión pública, sea lícito o ilícito), salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley; siendo necesario, para declarar tal responsabilidad, que la parte reclamante acredite la

efectividad de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado, con relación a una persona o grupos de personas; y debiendo existir una relación de causa a efecto, directa e inmediata, además de suficiente, entre la actuación (acción u omisión) administrativa y el resultado dañoso para que la responsabilidad de éste resulte imputable a la Administración; así como, finalmente, que ejercite su derecho a reclamar en el plazo legal de un año, contado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo (plazo que, en el caso de daños personales de carácter físico o psíquico, empezará a computarse desde la curación o determinación del alcance de las secuelas).

3. Se trata de un sistema de responsabilidad objetiva y no culpabilístico que, sin embargo, no constituye una suerte de “seguro a todo riesgo” para los particulares que de cualquier modo se vean afectados por la actuación administrativa. En efecto, el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva no convierte a las Administraciones públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados, derivada de la actividad tan heterogénea de las Administraciones públicas.

4. Lo anterior es también predicable, en principio, para la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, si bien, como ya dijimos entre otros en nuestro dictamen D.3/07, *“la responsabilidad no surge sin más por la existencia de un daño, sino del incumplimiento de una obligación o deber jurídico preexistente, a cargo de la Administración, que es el de prestar la concreta asistencia sanitaria que el caso demande: es esta premisa la que permite decir que la obligación a cargo de los servicios públicos de salud es de medios y no de resultado, de modo que, si los medios se han puesto, ajustándose la actuación facultativa a los criterios de la lex artis ad hoc, la Administración ha cumplido con ese deber y, en consecuencia, no cabe hacerla responder del posible daño causado, pues no cabe reconocer un título de imputación del mismo”*.

Y, en nuestro dictamen D.29/07, en la misma línea, mantuvimos que los parámetros bajo los que se han de enjuiciar los criterios de imputación del daño a la Administración Sanitaria son el de la *lex artis ad hoc* y el de la existencia del *consentimiento informado*, distinguiendo *“si el daño es imputable a la actuación de los servicios sanitarios, por existir un funcionamiento anormal que contraviene los postulados de la lex artis ad hoc o por privar al paciente de su derecho de información o si, por el contrario, el resultado dañoso ha de ser soportado por éste quien, conocedor de los posibles riesgos, ha prestado voluntariamente su consentimiento”*.

## Cuarto

### Sobre la responsabilidad de la Administración sanitaria en este caso

1. El primero de los requisitos que, como hemos indicado, ha de concurrir para que surja la responsabilidad, es el de la existencia de un **daño** causado por la actuación de los servicios públicos. En este concreto caso, tan evidente es la producción del daño (la fractura de ramas isquiopúblicas bilateral sin desplazamiento, de la reclamante), como que -al menos en su inicio- este se produjo por intervención de un tercero (ajeno totalmente a la relación jurídico-pública del SERIS con la paciente), que es el conductor de la furgoneta que, ocupando parte del paso de peatones, efectuó la maniobra de marcha atrás golpeando a la reclamante, con la consiguiente caída de esta.

También ha de considerarse la **idiosincrasia**, esto es, el estado previo de la paciente ya que el mismo puede ser concausa del daño y conlleva siempre un plus de riesgo agravatorio en su evolución.

En cuanto a la intervención de la Administración actuante en la atención de la paciente, sabido es que la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario, aunque es objetiva, sólo puede ser exigida si se aprecia algún tipo de deficiencia, anomalía o funcionamiento incorrecto de las prestaciones sanitarias, esto es, como indica la doctrina francesa, una prestación defectuosa del servicio (*faute de service*). Así lo ha recogido también nuestra jurisprudencia, resumida en la Sentencia del Tribunal Supremo (STS), Sala 3ª, Sección 5ª, de 15 de marzo de 2018, al señalar que:

*“(En las) SSTS de 17 de abril de 2007 (y) 13 de noviembre de 1999, también afirmamos que «aun cuando la responsabilidad de la Administración ha sido calificada por la jurisprudencia de esta Sala, como un supuesto de responsabilidad objetiva, no lo es menos que ello no convierte a la Administración en un responsable de todos los resultados lesivos que puedan producirse por el simple uso de instalaciones públicas, sino que...es necesario que esos daños sean consecuencia, directa e inmediata, del funcionamiento, normal o anormal, de aquélla». Más en concreto, en reclamaciones derivadas de prestaciones sanitarias, la jurisprudencia viene declarando que «no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente»(SSTS de 25 de abril, 3 y 13 de julio y 30 de octubre de 2007, 9 de diciembre de 2008 y 29 de junio de 2010), por lo que «la actividad médica y la obligación del profesional es de medios y no de resultados, de prestación de la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo, de manera que los Facultativos no están obligados a prestar servicios que aseguren la salud de los enfermos, sino a procurar por todos los medios su restablecimiento, por no ser la salud humana algo de que se pueda disponer y*

*otorgar, no se trata de un deber que se asume de obtener un resultado exacto, sino más bien de una obligación de medios, que se aportan de la forma más ilimitada posible» (entre otras, SSTS de 10 y 16 de mayo de 2005)”.*

Además, se precisa, como antes hemos indicado, una **relación de causalidad**, es decir, que la prestación sanitaria incorrecta haya originado el daño producido.

**2.** La reclamación se funda en considerar que se produjo una infracción de la *lex artis* en la primera asistencia prestada a la paciente en el SU del SERIS en la tarde del 14 de diciembre de 2017 y que cifra: i) en no haber realizado un TAC o una RM, que hubieran permitido detectar la lesión correctamente; ii) en no haber efectuado consulta de urgencia con el ST del SERIS; iii) en no haber adoptado entonces las correctas medidas terapéuticas que se llevaron a cabo en la segunda asistencia prestada a la paciente por el mismo SU en la madrugada del siguiente día 15; y iv) en permitir que una persona de avanzada edad, como la paciente, fuese retornada a su domicilio sin inquirirle si tenía personas cercanas que la pudieran atender, para avisarles, así como -e íntimamente unido a ello- dejarla sola, nada más introducirse en su vivienda; conducta esta última que, según la reclamación, bien pudiera ser la causante de la fractura que, al dar los primeros pasos dentro de su referida vivienda, se produjo la paciente, con la consiguiente zozobra y sufrimiento hasta que pudo ser socorrida y la prolongación del proceso curativo.

**3.** Sobre estas alegadas infracciones de la *lex artis*, habida cuenta de que este Consejo es lego en Medicina, hemos de partir de los tres informes médico-periciales obrantes en el expediente que nos ha sido remitido para dictamen: i) el informe pericial de la reclamante (IPR) de 19 de junio de 2017, elaborado, a instancia de la misma, por el Dr. J. Gregorio García Pérez, Especialista en valoración del daño corporal, que más bien se limita a estimar el importe de la indemnización reclamada; ii) el informe de la Médico inspector (IMI) del SERIS, Dra. Verónica Calle Cerdón, el 9 de marzo de 2018, ceñido a la analizar la atención médica prestada a la paciente en el SERIS; y iii) el informe pericial de la aseguradora (IPA) del SERIS, firmado por la Dra. D<sup>a</sup> Esther Calvo Laso, Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología, el 10 de febrero de 2018, que es el más extenso y detallado.

#### **A) Respecto a la causa de las fracturas que presenta la reclamante.**

Con carácter preliminar, hemos de señalar que, de un examen comparativo de esos tres informes médicos, se deduce que no hay una evidencia incontestable de que las fracturas de las ramas isquiopúbicas sufridas por la paciente se produjeran bien en la primera, bien en la segunda caída.

La primera caída fue, desde posición vertical, provocada por una furgoneta que realizó una maniobra marcha atrás, a muy poca velocidad y en un reducido espacio; y todas las actuaciones médicas practicadas en el primer ingreso en el SU tras dicha primera caída revelaban un estado “normal” de la paciente. A la palpación del trocánter mayor de cadera derecha, fémur, y musculatura, no presentaba dolor, que sólo refería al deambular; en las radiografías, no se apreciaban fracturas, y su estado general era de consciente y orientada. Si a ello se añade que, con anterioridad, caminaba asistida por un bastón, la impresión clínica de “*contusión cadera derecha*” diagnosticada, resulta correcta y no revela ninguna infracción de la *lex artis* por un error de diagnóstico, que, en definitiva, es lo que la reclamante estima como causa del daño reclamado.

Pero es que, aun considerando, hipotéticamente, ese diagnóstico como erróneo (en sí o por no haber realizado pruebas más determinantes que las radiografías), hemos de señalar (siguiendo el criterio señalado por el IPA y que los otros dos informes médicos, en modo alguno, ponen en tela de juicio, no porque no lo mencionen, que no lo hacen, sino porque no efectúan la más mínima referencia a las diferencias que pudieran existir de haberse producido la fractura en la primera o en la segunda caída), que tal diagnóstico no constituye causa del daño producido, por cuanto, determinada la impresión clínica, en ambas asistencias prestadas por el SU, el tratamiento indicado fue muy similar (reposo; analgésico si persistía el dolor; y, especialmente, control por su Médico de Atención Primaria; sin recomendar anticoagulante, por cuanto la paciente ya venía siendo tratada con él).

**B) Respecto a la alegación de no haberse realizado un TAC o una RM en la primera asistencia realizada a la paciente en el SU del SERIS el 14 de diciembre de 2017.**

El IPA parte de la idiosincrasia de la paciente, ya que, por su avanzada edad, presentaba un evidente riesgo de caídas; y, así, afirma que “*la fractura osteoporótica de pelvis, en ancianos, es un motivo muy frecuente en las urgencias de Traumatología, y, dentro de ellas, la fractura de la rama iliopubiana es la más frecuente*”, debido a la fragilidad ósea por descalcificación (osteoporosis), hasta el extremo de que estas caídas de los ancianos son “un problema de salud pública importante (y) constituyen uno de los denominados “*grandes síndromes geriátricos*”. Esto constatado, el IPA afirma que, ante la caída de un anciano con traumatismo pélvico, lo recomendado es realizar radiografías de pelvis y de cadera.

El IMI coincide en la pertinencia de haber realizado entonces sólo las radiografías, al observar que la paciente, en la exploración, no refería dolores a la palpación y los manifestaba sólo “*a la deambulación*”.

Por el contrario, el IPR mantiene el criterio de que, habiéndose presentado sospecha de fractura subcapital de cabeza de fémur, lo apropiado hubiera sido realizar otro tipo de “*pruebas complementarias más discriminativas*”, en clara referencia a un TAC o una RM; pues afirma que “*la osteoporosis severa y la falta de desplazamiento hacen que las fracturas no desplazadas pasen desapercibidas en un porcentaje sustancial de pacientes (en algunas series se ha llegado a constatar un 23 % de fracturas no diagnosticadas)*”, por lo que entiende que las radiografías son “*poco resolutivas*” para detectarlas, de suerte que “*si habiéndose producido una caída de una persona anciana, y, tras las radiografías, no se ha diagnosticado fractura, pero persiste el dolor en 2/3 semanas, pueden realizarse otras pruebas diagnósticas; en estos casos, es de mejor resultado la RM que el TAC*”.

Repárese en que, el propio IPR no señala que deba realizarse directamente un TAC o una RM en la primera atención sanitaria, sino más bien unas radiografías, de suerte que el TAC o la RM sólo proceden, si las radiografías no revelan fractura y persiste el dolor durante dos o tres semanas.

Por tanto, hemos de concluir que la no realización de un TAC o una RM en la primera asistencia que ahora nos ocupa no constituyó ninguna infracción de la *lex artis ad hoc*.

**C) Respecto a la alegación de falta de consulta urgente al ST en la primera asistencia realizada a la paciente en el SU del SERIS el 14 de diciembre de 2017.**

Se trata de una alegación que no es cierta, ya que consta (en el expediente e incluso en el documento núm. 2 que acompaña a la reclamación y que consiste en el informe de alta de la paciente en el SU, expedido a las 20,05 horas del 14 de diciembre de 2016) que el referido SU había efectuado una “*ITC*”, es decir, una interconsulta “*con el ST, Dr. M.I.*”.

**D) Respecto a la alegación de no haber adoptado en la primera asistencia las correctas medidas terapéuticas que se llevaron a cabo en la segunda, prestada a la paciente por el mismo SU el 15 de diciembre de 2017.**

El IPA, sobre el tratamiento general procedente en estos casos de traumatismo geriátrico, señala que “*en cualquier caso, la curación de las fracturas de ramas pélvicas en ancianos, siempre requiere el mismo tratamiento: el conservador, con analgesia, profilaxis antitrombótica y movilización precoz; se recomienda un periodo de reposo de 3-4 semanas, si bien, más por el dolor que ocasiona la deambulación que por el riesgo ínsito al desplazamiento; en múltiples ocasiones, si el paciente tolera el dolor, se le permite la deambulación desde el principio*”. En consecuencia, el IPA considera, pues, que, en la primera atención en el SU, se

practicó, a la paciente, una adecuada exploración física que demostró ausencia de dolor a la palpación y se le realizaron varias radiografías, que fueron correctamente interpretadas también por el ST y, por tanto, considerando que la paciente era capaz de deambular, aunque lo hiciera con dolor en cadera derecha y parte proximal del muslo, fue correcto entonces descartar que hubiera una fractura sub-capital derecha y, por tanto, el diagnóstico y tratamiento conservador prescrito fueron los adecuados; y, si no se le recomendó anticoagulante, fue porque la paciente venía siendo tratada con él.

El IMI también considera que la actuación del SU el día 14 de diciembre de 2016 fue correcta, pues, para descartar una fractura subcapital impactada, tan válido es realizar un TAC o una RM como recomendar reposo relativo, carga con bastón y control por el MAP, el cual puede derivar a la paciente a una CEX de Atención Especializada ante mala evolución o dudas; y, así, tras indicar que *“no es posible saber si la fractura de ramas fue consecuencia de la caída el 14 de diciembre (producida por el atropello automovilístico) o de la del 15 de diciembre de 2016 en su domicilio”*, el IMI especifica que *“aunque se produjera en la primera caída, el retraso de menos de un día en el diagnóstico no tuvo ninguna consecuencia sobre la lesión ni sobre el tratamiento, que es siempre conservador”*.

El IPR reputa, empero, que el diagnóstico correcto sólo se produjo en la segunda atención prestada a la paciente en el SU el 15 de diciembre de 2017, cuando, tras la práctica de un TAC, se concluyó que padecía una *fractura, de ramas isquiopubianas, bilateral y sin desplazamiento*; pero declara no es posible determinar si esta fractura se produjo a consecuencia del atropello automovilístico de la paciente o de su ulterior caída domiciliaria, aunque estima que, en las lesiones iniciales (contusión en cadera derecha y posible fractura impactada subcapital) *“existe un criterio de causalidad incuestionable”*, y que, *“si las fracturas de ramas isquiopubianas son posteriores, su relación con el accidente sigue siendo unívoca”*.

A la vista del expediente y de estos informes periciales, parece claro que lo acaecido el 14 de diciembre de 2017 a la paciente fue una caída provocada por una furgoneta que realiza una marcha atrás, con todos los indicios de hacerlo a una velocidad mínima (repárese en que, en la minuciosa y detallada valoración de daños que en la reclamación se efectúa, no hay ninguna mención a rotura de elementos tales como ropa, calzado, gafas o bastón y en que tampoco se refieren rasguños, heridas o contusiones), por lo que se produjo un impacto producido por el referido vehículo cuyo volumen, peso y potencia fue bastante para hacer caer a la paciente, pese a que, como consta en el atestado policial que acompaña a la reclamación, el movimiento del automóvil se limitó a posicionarlo de tal manera que no golpeará a los que, aparcados, se encontraban en su parte delantera, por lo que su recorrido fue mínimo.

A partir de ahí, la paciente fue trasladada al SU donde ingresó consciente y orientada. A la palpación del trocánter mayor de cadera derecha, del fémur, y de la musculatura adyacente, no presentaba dolor, el cual solo refería al deambular. Se le practicaron radiografías en las que no se apreciaban fracturas. Si a ello se añade que, con anterioridad, caminaba asistida por un bastón, la impresión clínica de “*contusión cadera derecha*” diagnosticada, resulta correcta.

De todo lo anterior hemos de concluir la inexistencia de datos que pongan de relieve que, en las atenciones médicas efectuadas a la reclamante se infringiera la *lex artis ad hoc*, ya que, en todo momento se le practicaron las pruebas previstas para las dolencias que presentaba, se llevaron a cabo los exámenes apropiados y correspondientes a lo que se viene denominando *estado actual de la ciencia*, en cuanto que de su resultado no se revelaban necesarios otros procedimientos, y se indicó el tratamiento adecuado a los resultados obtenidos. En suma, en nuestro criterio, no existen criterios médicos en el expediente que permitan determinar que la atención sanitaria prestada a la paciente el 14 de diciembre de 2017 en el SU fuera incorrecta.

**E) Respecto a la alegación de incorrecto funcionamiento del protocolo de traslado de la paciente desde el SU a su domicilio el 15 de diciembre de 2017.**

Tanto la reclamación como el IPR que la acompaña señalan que, dada la edad de la paciente, una vez efectuada la segunda atención sanitaria prestada a la misma en el SU el 15 de diciembre de 2017 y antes de trasladarla desde el SU a su domicilio, debiera haberse intentado contactar con una persona cercana o familiar que hubiera podido atenderla y ayudarla en su domicilio, y, de no haber sido posible, haberla ingresado en la UCE, pues el riesgo de que se produjera una nueva caída en su referido domicilio era “*muy elevado, con la agravante de que la lesionada estuvo bastantes horas tendida en el suelo, lo que ha influido en el empeoramiento del proceso*”.

El IMI rechaza esta pretensión, al entender que el protocolo de traslado al domicilio fue correcto, pues se efectuó en ambulancia desde el SU; luego la paciente fue trasladada, en silla de ruedas, hasta la puerta de su domicilio por el personal especializado y, como la paciente podía deambular por sí sola y, además, era autónoma, pues llevaba una vida independiente, y estaba plenamente consciente y orientada, entró en su domicilio y cerró la puerta. El personal especializado volvió a sus tareas habituales, llevándose la silla de ruedas y la ambulancia. La paciente, al parecer, una vez sola y dentro de su vivienda, dio algunos pasos y cayó al suelo, donde permaneció varias horas hasta que un vecino oyó su petición de auxilio, llamó a la Policía local y ésta localizó a un hijo de la paciente que se hizo cargo de su madre y la trasladó de nuevo al SU.

Este Consejo entiende que el traslado de la paciente en ambulancia y silla de ruedas desde el SU hasta la puerta de su domicilio fue correcto y ajustado a la regulación que de la prestación sanitaria de transporte de pacientes efectúa la normativa vigente, contenida en los arts. 5,f), de la Ley 14/1986, 7.1, de la Ley 16/2003 y, especialmente, en el núm. 1 del Anexo VIII del R.D. 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se aprueba la CSC del SNS, que recogen el derecho al transporte sanitario de las personas enfermas o accidentadas cuando reciban asistencia sanitaria del Sistema nacional de la Salud y no puedan utilizar un transporte ordinario para desplazarse a un Centro sanitario o a su domicilio tras recibir la atención sanitaria correspondiente, especificando, el último de los citados preceptos, que tales pacientes *“pueden ir acompañados cuando la edad o situación clínica del paciente lo requiere”*.

Esta última precisión revela que el acompañamiento del paciente por alguno de sus allegados en el transporte sanitario debe ser ofrecido por la Administración actuante cuando se trate de pacientes que lo requieran por su edad o situación clínica, en el bien entendido de que tal requerimiento para ser acompañado puede ser efectuado de oficio, cuando la Administración sanitaria entienda que así lo exige la situación clínica del paciente; o a instancia del propio paciente, si está en condiciones de efectuarlo, o de cualquiera de sus allegados, si el paciente no está en condiciones de pedirlo.

En el presente caso, la paciente, que era autónoma y estaba consciente y orientada, no consta en el expediente que, mediante consentimiento informado, rechazara o pidiera, por sí misma, ser acompañada en el transporte por alguno de sus allegados ni que ninguno de estos rechazara o solicitara acompañarla; y, de estos hechos negativos, la Propuesta de resolución infiere que no puede imputarse a la Administración sanitaria responsabilidad patrimonial alguna por haber transportado a la paciente a su domicilio sin preavisar a ninguno de sus allegados para que la acompañara.

Este Consejo, empero, se muestra disconforme con tal criterio, ya que entendemos que la Administración tiene la obligación de facilitar, de oficio, el ejercicio del derecho de acompañamiento a los allegados de los pacientes que, objetivamente, lo precisen por su (corta o avanzada) edad o por su situación clínica; y ello aunque no preceda instancia de parte interesada o incluso aunque ésta manifieste que no lo precisa.

En efecto, en el presente caso, la paciente era de avanzada edad y la dolencia por la que había sido atendida sanitariamente era uno de los más comunes síndromes geriátricos, cual es la fractura ósea por caída o traumatismo del que es sabido que presenta una lenta rehabilitación posterior, en cuyos primeros momentos pueden producirse nuevas caídas.

Por tanto, entendemos que la Administración sanitaria actuante (aunque la paciente -cosa que, por otra parte, no consta en el expediente- hubiera prestado su consentimiento informado a ser trasladada a su domicilio sin acompañamiento a su domicilio) debió, de oficio y antes de trasladar a la paciente a su domicilio, avisar a alguno de sus allegados para que pudiera acompañarla durante el traslado en ambulancia y hacerse cargo de la misma cuando ésta fuera dejada en la puerta de su domicilio.

Al no haber actuado así, la Administración actuante incurrió en una mala praxis de la asistencia sanitaria, no en cuanto al diagnóstico y tratamiento, sino en lo relativo al protocolo adecuado para trasladar, acompañada a su domicilio, a una paciente anciana cuya situación clínica presentaba claro riesgo de una nueva caída y a la que se le había pautado una terapia de reposo.

Dicho lo anterior, hemos de precisar que este Consejo no es ajeno a las especiales circunstancias que presenta el SU cuando se presentan ocasiones en que las que el elevado número de atenciones sanitarias que en él han de prestarse centra la calidad asistencial en la atención médica, sin posibilidad material de atender a los restantes aspectos que la comprenden. Pero no consta en el expediente que esas especiales circunstancias concurrieran en el presente caso, lo que nos exime de su consideración.

Así pues, a nuestro juicio, se ha producido una prestación sanitaria deficitaria, exclusivamente referida a haberse realizado sin la calidad que las normas prevén para el desarrollo del transporte de la paciente a su domicilio, cuya responsabilidad, por lo indicado, corresponde al SERIS, a quien es imputable el daño que ha de ser reparado.

## **Quinto**

### **Determinación y cuantificación del daño**

El daño producido a la paciente por el SERIS no consiste: i) en las lesiones físicas o traumatismos que hayan podido derivarse del atropello automovilístico que sufrió el 14 de diciembre de 2015, ya que el mismo es un hecho totalmente ajeno a la Administración sanitaria; ii) en el diagnóstico y tratamiento de dichas lesiones o traumatismos realizados en el SU el mismo día del atropello, ya que, como hemos analizado, tal diagnóstico y tratamiento se ajustaron enteramente a la *lex artis ad hoc*; iii) en las lesiones físicas o traumatismos que hayan podido derivarse de la caída sufrida por la paciente en su domicilio el 15 de diciembre de 2017, ya que las mismas se produjeron sin intervención alguna del SERIS, el cual se limitó a atender

posteriormente a la paciente con sujeción a la *lex artis ad hoc*, tal y como también hemos analizado.

El daño indemnizable a la paciente se limita, única y exclusivamente, al daño moral irrogado a la paciente y consistente en la angustia y zozobra sufridas por la misma durante el tiempo en que permaneció sola e imposibilitada en su domicilio, sin recibir la ayuda que le hubiera podido prestar un allegado si éste hubiera sido avisado por el SERIS del transporte sanitario de la paciente hasta su domicilio.

La reclamación efectúa una detallada cuantificación de los daños físicos producidos a la paciente por el atropello viario del día 14 de diciembre de 2017 y la caída domiciliaria del día siguiente, cuantificación que, por lo dicho, no procede analizar.

En cuanto a los daños morales, la reclamación los cifra en 70.000 euros, pero se trata de daños morales por la pérdida de calidad de vida de la paciente a consecuencia de las lesiones padecidas. Es decir, que dicha cuantificación nada tiene que ver con el daño moral por la falta de aviso para acompañamiento en el transporte a que estamos refiriéndonos ahora y que es el único que entendemos concurrente en el presente caso.

Por consiguiente, no podemos partir de las valoraciones efectuadas por la reclamante y, para valorar el daño moral que nos ocupa (la angustiada situación que padeció la reclamante en el periodo en que permaneció caída en el suelo de su domicilio sin posibilidad de recibir ningún tipo de ayuda), hemos partido del criterio, repetido en diversos dictámenes anteriores, de que la valoración de los daños morales ha de efectuarse a tanto alzado teniendo en cuenta las diversas circunstancias concurrentes en el caso, como con, en el que nos ocupa, la avanzada edad de la reclamante, la ajenidad con respecto al SERIS del atropello inicial de la paciente y la correcta observancia de la *lex artis ad hoc* en todas las demás prestaciones asistenciales de las que fue objeto la paciente; por lo que, en suma, reputamos procedente una indemnización por importe de 5.000 euros.

## CONCLUSIONES

### Única

Procede estimar parcialmente la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta, exclusivamente para resarcir el concreto daño moral referido en el presente dictamen, para lo

que entendemos que debe procederse a indemnizar a la reclamante con 5.000 euros pagaderos con cargo a la partida presupuestaria del SERIS que corresponda.

Este es el Dictamen emitido por el Consejo Consultivo de La Rioja que, para su remisión conforme a lo establecido en el artículo 53.1 de su Reglamento, aprobado por Decreto 8/2002, de 24 de enero, expido en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO

Joaquín Espert y Pérez-Caballero