



Sr. S. de Vega, Presidente

Sr. Ramos Antón, Consejero
Sra. Ares González, Consejera y
ponente

Sr. Herrera Campo, Consejero

Sr. Píriz Urueña, Secretario

La Sección Primera del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 9 de noviembre de 2022, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. yyyy*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN 575/2022

I ANTECEDENTES DE HECHO

El día 19 de octubre de 2022 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. yyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Centro de Salud xxxx Sur Oeste.

Examinada la solicitud y admitida a trámite el día 20 de octubre de 2022, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 575/2022, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal como dispone el artículo 52 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo de Castilla y León, aprobado por Resolución de 5 de febrero de 2014, de la Mesa de las Cortes de Castilla y León. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia a la Consejera Sra. Ares González.

Primero.- El 9 de marzo de 2021 Dña. yyyy presenta reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración autonómica, debido a la deficiente asistencia sanitaria que le fue prestada en el Centro de Salud de xxxx Sur Oeste.

La paciente reclama por las lesiones sufridas tras haberse mareado y precipitado al suelo después de haberse realizado una analítica de sangre.



Considera que avisó de su propensión a marearse y que, a pesar de ello, la dejaron sin vigilancia, hecho que motivó la caída que sufrió.

Tras la caída se le diagnostica de "Cuadro pres sincopal con traumatismo en zona cervical izquierda y herida incisa limpia a nivel frontoparietal izquierda que se sutura quirúrgicamente mediante 5 de puntos. Se aconseja observación domiciliaria durante 24 horas tras traumatismo craneoencefálico explicando los signos de alarma".

Segundo.- Al expediente se han incorporado, además de la historia clínica, informe emitido por la enfermera del Centro de Salud de xxxx Sur Oeste que atendió a la paciente, informe de la Inspección Médica de 16 de abril 2021 e informe pericial emitido a instancias de la Compañía aseguradora ssss, Seguros y Reaseguros S.A., de 8 de octubre de 2021.

Tercero.- Concedido trámite de audiencia, el 30 de junio la reclamante presenta alegaciones en las que reitera las pretensiones de su reclamación.

Junto con las alegaciones aporta informe pericial elaborado por especialista en Medicina Legal y Forense, al objeto de valorar el daño personal sufrido, en el que se reconocía 8 puntos de perjuicio estético y 30 días de perjuicio personal básico. Además, aporta factura de las gafas rotas con motivo de la caída (125 euros), así como la factura de unas nuevas gafas (285 euros), factura de sesión de fisioterapia (35 euros) y de gastos farmacéuticos ocasionados por la adquisición de producto para la reducción de cicatrices (29,61 euros).

Cuarto.- Otorgado un segundo trámite de audiencia, el 20 de diciembre de 2021 la reclamante presenta alegaciones en las que se reitera en sus pretensiones y en sus alegaciones de 30 de junio y cuantifica la reclamación en la cantidad de 7.619,96 euros.

Quinto.- El 7 de octubre de 2022 se formula propuesta de orden estimatoria parcial de la reclamación, por la que se reconoce a la reclamante una indemnización de 2.350 euros.

Sexto.- El 20 de octubre de 2022 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa dicha propuesta favorablemente.



En tal estado de tramitación, se dispuso la remisión del expediente al Consejo Consultivo de Castilla y León para que emitiera dictamen.

II

CONSIDERACIONES JURÍDICAS

1ª.- El Consejo Consultivo de Castilla y León dictamina en el presente expediente, con carácter preceptivo, de conformidad con lo previsto en el artículo 4.1.i), 1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Primera emitir el dictamen según lo establecido en el apartado tercero, 1.g) del Acuerdo de 6 de marzo de 2014, del Pleno del Consejo, por el que se determina la composición y competencias de las Secciones.

2ª.- El procedimiento se ha instruido con arreglo a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, con las especialidades que se recogen en relación con los procedimientos de responsabilidad patrimonial.

No obstante, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que se presenta la reclamación (9 de marzo de 2021) hasta que se formula la propuesta de orden (7 de octubre de 2022). Esta circunstancia necesariamente ha de considerarse como una vulneración por parte de la Administración del artículo 12.b) del Estatuto de Autonomía de Castilla y León, que consagra el derecho de los ciudadanos a la resolución de los asuntos que les conciernan en un plazo razonable; e igualmente como una infracción de los principios y criterios que han de regir su actuación, recogidos en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, como los de eficacia, agilidad, eficiencia y servicio a los ciudadanos, entre otros.

3ª.- Concurren en la parte reclamante los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la Ley 39/2015, de 1 de octubre. La competencia para resolver la presente reclamación corresponde al Consejero de Sanidad, en virtud de lo dispuesto en el artículo 82.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

La reclamación se ha interpuesto en tiempo hábil, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1, párrafo primero, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre.



4ª.- El artículo 106.2 de la Constitución establece que “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”.

La referencia constitucional a la ley debe entenderse hecha a los artículos 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, a la que además se remite, de forma genérica, el artículo 81 de la Ley 3/2001, de 3 de julio.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo, la reiterada doctrina del Consejo de Estado, así como la de este Consejo Consultivo, la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública exige la concurrencia de los siguientes requisitos:

a) La existencia de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.

b) El carácter antijurídico del daño, en el sentido de que la persona que lo sufre no tenga el deber jurídico de soportarlo, de acuerdo con la ley.

c) La imputabilidad a la Administración de la actividad dañosa, es decir, la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece o la titularidad pública del servicio o la actividad en cuyo ámbito se produce el daño.

d) La relación de causa a efecto entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, nexo causal que implica la necesidad de que el daño sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad administrativa en relación directa e inmediata.

e) Ausencia de fuerza mayor.

f) Que no haya transcurrido un año desde el momento en que se produjo el hecho causante.

No obstante, la jurisprudencia modula el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial al rechazar que la mera titularidad del servicio determine la responsabilidad de la Administración respecto de cualquier consecuencia lesiva relacionada con aquel que pueda producirse.



En el ámbito de la responsabilidad sanitaria, el parámetro que permite apreciar el grado de corrección de la actuación sanitaria a la que se imputa el daño viene determinado por el criterio de la *lex artis*. La teoría de la *lex artis ad hoc* en la actuación médica parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios en tanto que no es posible asegurar la salud en términos absolutos. De ahí que la Administración Sanitaria y sus agentes estén obligados a poner a disposición del usuario todos los medios disponibles que hagan posible la protección de la salud, protección que no siempre alcanza un diagnóstico cierto rápido, una curación sin secuelas o una atención sanitaria en un determinado tiempo y sin espera. El paciente tiene derecho a que se le dispense una atención adecuada, según la *lex artis ad hoc*, y no a obtener un resultado curativo determinado, toda vez que la medicina no es una ciencia exacta; la *lex artis ad hoc* abarca no solo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamientos no quirúrgicos y de diagnóstico.

Por tanto, según el criterio de la *lex artis ad hoc*, solo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio, que está, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño –por no ser este antijurídico– cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada a la *lex artis*, mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la *lex artis*, la obligación de reparar recae sobre la Administración.

Finalmente debe mencionarse la reiterada jurisprudencia (recogida, entre otras, por la Sentencia de 21 de mayo de 2018, de la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, que alude a las Sentencias del Tribunal Supremo de 15 de enero y 1 de febrero de 2008, y otras anteriores como las de 7 y 20 de marzo, 12 de julio y 10 de octubre de 2007), según la cual “a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficiosa para el paciente”.

5ª.- En cuanto al fondo del asunto, en el supuesto sobre el que se dictamina se reclama por la asistencia prestada a la Sra. yyyy en el Centro de



Salud de xxxx Sur Oeste, y su adecuación a la *lex artis*, ya que, según considera la paciente, no tuvo el cuidado debido en el proceso de extracción de sangre, a pesar de haber advertido de su propensión a marearse con dichos procedimientos. Todo ello ocasionó que sufriera una caída que le ha producido las lesiones por las que reclama.

Debe subrayarse que la prueba de los hechos constitutivos de la reclamación es una carga del interesado, de acuerdo con los viejos aforismos *necessitas probandi incumbit ei qui agit* y *onus probandi incumbit actori*, aunque la Administración tiene la obligación de facilitar al ciudadano todos los medios a su alcance para cumplir con dicha carga, dado que el procedimiento se impulsa de oficio, en mayor medida en los casos en que los datos estén solo en poder de aquella. De la misma manera, los hechos impositivos, extintivos o moderadores de la responsabilidad son carga exigible a la Administración (artículo 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, por remisión del artículo 60.4 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-administrativa).

En este caso, ha quedado acreditado que la paciente, antes de que se efectuara la extracción de sangre para la analítica, advirtió de su propensión a marearse durante la realización de estos procedimientos. Y también se considera probado que se le dejó sola, tumbada en la camilla para que se levantara cuando lo estimara adecuado, y fue, precisamente, al ir a levantarse sin ninguna ayuda cuando sufrió la caída.

La enfermera del Centro de Salud manifiesta que, tras la analítica, esperó hasta que la reclamante refirió no encontrarse mareada y que estaba bien. En este sentido, expone en su informe:

“La paciente se tumbó y yo saqué la analítica sin ningún tipo de contratiempo (...) Al terminar y sacar la aguja, fui a dejar los tubos en sus bandejas y volví con la paciente. En ese momento le pregunté que qué tal se encontraba, a lo que ella contestó que estaba bien y no estaba mareada. No presentaba ningún tipo de sintomatología. Al asegurarme de que la paciente se encontraba bien, consciente y orientada, le indiqué que no había prisa en que se levantara, que cuando ella quisiera podía hacerlo despacio, y que se podía marchar. Ella asintió sin ningún tipo de problema y yo me fui a cubrir la consulta de un enfermero que se encontraba de baja. Al rato volví a la sala de urgencias a coger material para realizar una cura y fue cuando vi que la paciente se había caído y ya había sido atendida por un médico y enfermera y ya se le había dado los puntos de sutura en la frente. Le pregunté que qué



había pasado, y solo me dijo que se había caído. Al haber sido ya atendida y no precisar ni demandar ninguna otra asistencia la paciente cogió el material que necesitaba y volví a la consulta. Por mi parte no volví a tener contacto con la paciente”.

Sobre este particular, el informe de la Inspección Médica señala: “No existió impericia en la extracción y no resultaba previsible, teniendo en cuenta la edad y circunstancias clínicas de la paciente, que se produjera la caída al incorporarse, pero esta se produce en el Centro de Salud por una falta de vigilancia o control en la incorporación de la paciente cuando, además, previamente había comunicado su propensión a marearse, por lo que iba acompañada por su madre que, por circunstancias del protocolo Covid 19, no pudo acompañarla dentro de las instalaciones”.

En el mismo sentido se pronuncian los doctores autores del informe pericial, emitido a instancias de la compañía aseguradora, cuando concluyen: “Por tanto, consideramos que los hechos tuvieron lugar según refiere la enfermera en el informe aportado, sin embargo, dado que la paciente había manifestado su tendencia a este tipo de eventos, consideramos que alguien debió haberla acompañado hasta que se incorporase, bien personal del centro o bien haber dejado pasar a su madre a la sala (aunque puede que esto último sea contrario a la normativa específica del centro)”.

A la vista de lo expuesto, al concurrir los requisitos necesarios para apreciar la responsabilidad patrimonial de la Administración, la reclamación debe estimarse.

6ª.- Expuesto lo anterior, en cuanto a la cuantía que debe reconocerse a la reclamante en concepto de indemnización, ha de acudirse a lo previsto en el artículo 34.2 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, que establece la posibilidad de calcular la indemnización, en los casos de muerte o lesiones corporales, tomando como referencia la valoración incluida en los baremos de la normativa vigente en materia de Seguros obligatorios y de la Seguridad Social, y que se encuentra regulado en la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, utilizado con carácter orientativo y no vinculante, conforme al criterio jurisprudencial.

La parte reclamante, con base en el informe pericial de parte que aporta, cuantifica la indemnización en 7.619,96 euros, por los siguientes conceptos:



- Lesiones temporales (perjuicio particular: días de perjuicio básico: 30 días): 900 euros.
- Secuelas (perjuicio estético moderado 8 puntos): 6.565,35 euros.
- Reintegro de gastos (gafas dañadas y parches cicatrizantes): 154,61 euros.

De acuerdo con el apartado 3 del citado artículo 34 de la Ley 40/2015, la indemnización debe calcularse con referencia al día en que la lesión efectivamente se produjo, en este caso, el 4 de marzo de 2021, por lo que será de aplicación el baremo establecido en la Resolución de 2 de febrero de 2021, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, por la que se publican las cuantías de las indemnizaciones actualizadas del sistema para valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

Este Consejo comparte el criterio que la propuesta de orden fija en relación con estas pretensiones, siguiendo el criterio del informe médico pericial de valoración, de 8 de octubre de 2021, emitido a instancia de la aseguradora de la Administración, según el cual la indemnización que debe reconocerse a la reclamante se cuantifica en 2.350,14 euros, sobre la base de los siguientes argumentos contenidos en dicho informe:

En cuanto a las lesiones temporales, "Se reclaman 30 días de perjuicio personal básico. No precisó baja laboral. Según la historia aportada, lo único que tuvo en la rodilla fue dolor, consecuencia lógica de la caída. La presencia de hematoma, en clara referencia al clásico "moratón" indica que la paciente cayó efectivamente sobre la rodilla. Incluso su médico de atención primaria solicitó una radiografía para descartar otras lesiones y la paciente decidió no hacérsela y en lugar de eso decidió ir a un fisioterapeuta. El dolor lumbar ha de ser consecuencia indirecta de la caída. Según el INSS el tiempo estándar de recuperación por "dolor en rodilla" son 14 días. Por lo tanto, perjuicio personal básico: 14 días".

En relación con el perjuicio estético, "Se reclaman 8 puntos en concepto de perjuicio estético moderado. La valoración del perjuicio estético ha de realizarse sin tener en cuenta la edad ni el sexo de la persona lesionada. No se puede hacer una valoración de las fotografías aportadas de la paciente, pues



son aún tiene los puntos de sutura que se retiraron al quinto día. La valoración que hace el perito es en junio de 2021, cuatro meses después.

»(...) la cicatriz todavía tiene mucho margen de mejora, hasta un año y ya llegados a este punto, siempre va a ser hacia una evolución favorable, pues las alteraciones en la cicatrización son evidentes mucho antes. Aun así, el perito describe una cicatriz de 23 milímetros de largo por 1 mm de ancho, en región frontal izquierda a unos 3, 5 cm por encima de la ceja en paralelo a esta. Es decir, que sería invisible si la paciente llevase flequillo.

»(...) La puntuación máxima que asigna el baremo al perjuicio estético es 50 puntos.

»Según el perito, se asigna una puntuación de 8 puntos, que se corresponde con perjuicio moderado y equivale a considerar que se ha afectado el 16 % del patrimonio estético global y todo ello con la afectación exclusivamente de una cicatriz en la frente de 23 x 1 mm que además tiene margen de mejora.

»Es cierto que el baremo encuadra las cicatrices visibles en la zona facial dentro del perjuicio moderado, pero, a priori, valorar con 8 puntos una cicatriz milimétrica, en una zona que puede quedar cubierta por el pelo o el maquillaje (es decir apenas visible) y que, además, ha estado realizando tratamientos que mejoran el resultado estético, nos parece excesivo. Proponemos por ello 2 puntos de perjuicio estético ligero”.

Respecto al abono de otros gastos, “parece que la paciente finalmente en su escrito de alegaciones de fecha 20 de diciembre de 2021 solo reclama el abono de las gafas dañadas por la caída por un valor de 125 € y el importe de 29,61 € que corresponde a los parches empleados para la curación de la cicatriz. Por lo que la suma reclamada en concepto de reintegro de gastos asciende a 154,61€.

»Se considera apropiado acceder al reembolso del importe correspondiente a las gafas rotas. Sin embargo, en lo que se refiere a los parches cicatrizantes, se entiende que no son necesarios para la cicatrización de la herida, y comprarlos es una decisión personal de la paciente y consideramos que ese gasto no debe ser trasladado a la Administración”.

A la vista de lo expuesto, la cuantía indemnizatoria resultaría de la suma de los siguientes conceptos:



- Lesiones temporales: Tabla 3.A: 442,54 euros (Perjuicio particular: 14 días de perjuicio básico a 31,61 euros por día).

- Secuelas: Tabla 2.A.2: 1.782,60 euros (Perjuicio estético moderado: 2 puntos).

- Reintegro de gastos: 125 euros (Gafas dañadas).

Por tanto, la indemnización asciende a 2.350,14 euros, sin perjuicio de su actualización a la fecha de la resolución con arreglo al Índice de Garantía de la Competitividad, de acuerdo con lo previsto en el artículo 34.3 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre.

A la vista de lo expuesto, la reclamación debe estimarse parcialmente.

III CONCLUSIONES

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo de Castilla y León informa:

Procede dictar resolución estimatoria parcial, por importe de 2.350,14 euros, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. yyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Centro de Salud xxxx Sur Oeste.

No obstante, V.E. resolverá lo que estime más acertado.