

Dictamen nº: **261/19**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **20.06.19**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad en su sesión de 20 de junio de 2019, sobre la consulta formulada por el consejero de Sanidad al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el asunto promovido por Dña. y D. sobre indemnización de los daños y perjuicios derivados del retraso asistencial del SUMMA 112, y de las complicaciones surgidas tras el ingreso de Dña. en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 23 de marzo de 2017, un abogado en representación de los reclamantes presentó en el registro del Servicio Madrileño de Salud una reclamación en la cual exponía que, el día 16 de febrero de 2017 Dña. (...) (en adelante, “*la paciente*”) había sufrido en su domicilio un infarto por lo que de inmediato su hijo realizó varias llamadas al servicio de emergencias 112, advirtiéndole de la gravedad de la situación, demorándose una hora y media aproximadamente los recursos asistenciales, desde el primer aviso.

Señalaba a continuación que una vez personados en el domicilio los facultativos del SUMMA 112, realizaron a la paciente una primera

asistencia y posteriormente la trasladaron al Hospital Universitario Príncipe de Asturias (en adelante, HUPA) donde ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos y se le realizó una tomografía de coherencia óptica *“a la DA ostioproximal y TCI distal surgiendo una complicación con propagación de la disección hasta TCIDA y CS”*.

Finalizaba su escrito expresando que como consecuencia de lo expuesto, la paciente se encontraba en tratamiento y reprochaba el retraso injustificado del SUMMA. También consideraba que la complicación surgida durante su ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos estaba relacionada con el retraso del SUMMA 112 y con la incorrecta realización de la técnica empleada.

Solicitaba una indemnización que no cuantificaba, así como, la incorporación al procedimiento de los registros del SUMMA 112 del día 16 de febrero de 2017 con transcripción literal de las llamadas, y la historia clínica.

El escrito se acompaña de una escritura de apoderamiento.

SEGUNDO.- Del estudio del expediente, resultan los siguientes hechos, de interés para la emisión del Dictamen:

El 16 de febrero de 2017 la paciente, de 49 años de edad en el momento de los hechos con antecedentes de sobrepeso, migraña y en tratamiento con sinvastatina, presenta presión en el pecho en su domicilio y una persona (en adelante, *“el alertante”*) realiza una llamada al 112, que se recibe a las 18:04 horas en el Servicio Coordinador de Urgencias del SUMMA 112, alertando de que un familiar se encuentra con dolor torácico desde hace media hora.

El medico habla con el alertante y solicita hablar con la paciente, si está consciente. La paciente se pone al teléfono y en la conversación que mantiene con el médico responde que le duele mucho el pecho,

tiene dormidas las manos, palpitaciones y nunca ha tenido ansiedad. Durante la conversación, la paciente refiere que se siente mal y que hable con su hijo.

A continuación el médico realiza preguntas al hijo sobre si la paciente ha presentado cuadro de ansiedad a lo que el hijo contesta negativamente y solicita hablar nuevamente con la paciente pero el hijo le comunica al médico que la paciente no puede hablar porque tiene dificultad respiratoria. El médico insiste en hablar con la paciente *“o le mando a la policía”* y la conversación finaliza insistiendo el médico en hablar con la paciente o en su defecto *“mando a la policía con una denuncia”*, a lo que el familiar asiente.

A las 18:07 horas el médico del SUMMA llama al domicilio de la paciente. Quiere hablar con la paciente y el hijo insiste en que no puede hablar con ella. La conversación termina indicándole al hijo *“usted le pasa el teléfono, si no quiere colaborar no pasa nada, usted cuando quiera colaborar me vuelve a llamar y yo saco el recurso, hasta que usted no colabore no paso el recurso”*.

A las 18:26 horas se recibe una llamada en el 112 del hijo de la paciente indicando que a su madre le dolía el pecho, no podía respirar, había vomitado y se había desmayado, pero respiraba. El operador pasa la llamada a un médico que asigna recurso sanitario.

A la llegada de la UVI móvil al domicilio la paciente presenta vía aérea permeable, está eupneica, consciente, con pupilas reactivas, sin signos de focalidad neurológica, fuerza y sensibilidad normal en todas las extremidades, auscultación cardiaca rítmica.

A las 18:51 horas la tensión arterial y la frecuencia cardiaca es de 104/55-86 lpm y a las 19:03 104/74 – 73 lpm. A las 18:59 horas se realiza ECG con elevación de ST en V1, V2, V3, V3r, V4r y a las 19:14

se registra, clopidogrel 600 mg VO, acetil salicílico 325 mg VO, cloruro mórfico Iv. Con diagnóstico de infarto agudo de miocardio inferior o diafragmático se da preaviso de SCASEST y se traslada al HUPA.

A las 19:34 ingresa en Urgencias del HUPA y es valorada por el Servicio de Cardiología. En la exploración física se encuentra con regular estado general, consciente y orientada en las tres esferas, rítmica y sin soplos, con murmullo vesicular conservado, no se auscultan ruidos sobreañadidos, abdomen blando, pulsos pedios conservados y simétricos, sin edema ni signos de trombosis venosa profunda y ante la presencia de cambios dinámicos en ECG ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Se procede a la monitorización hemodinámica y respiratoria, se extraen muestras para laboratorio y se realiza ECG de control, Rx de tórax y ecocardiografía en el que no se observan alteraciones segmentarias de la contractilidad, valvulopatías significativas ni derrame pericárdico. Se instauro tratamiento con doble antiagregación, anticoagulación y se inicia perfusión de NTG, betabloqueantes y estatinas, manteniéndose asintomática, sin recurrencia de dolor torácico.

El 17 de febrero de 2017 previo consentimiento informado se realiza estudio hemodinámico tras canalización de arteria radial derecha con imagen sugestiva de disección coronaria espontánea en la DA proximal y se decide previo consentimiento de la paciente la realización de una tomografía de coherencia óptica a la DA ostioproximal y TCl distal, presentando propagación de la disección hasta el TCI, DA y CX por lo que se procede a colocar balón de contrapulsación y se implanta stent farmacoactivo a nivel de TCI, DA proximal y media y CX proximal y media.

En la angiografía de control se objetiva persistencia de imagen de disección distal a los stents con flujo TIMI II-III en todo el territorio

de la coronaria izquierda. Se considera que se ha sellado la puerta de entrada de la disección y, dado que los segmentos distales presentan flujo TIMI II-III, se decide manejo conservador.

El 18 de febrero de 2017 se retira el balón de contrapulsación y el 19 de febrero de 2017 por dolor a nivel escapular se realiza angioTAC torácico que descarta disección de aorta.

El 21 de febrero de 2017 ante la estabilidad clínica es trasladada a planta de Cardiología donde permanece asintomática, sin complicaciones arrítmicas ni clínica de insuficiencia cardiaca.

El 24 de febrero de 2017 recibe alta a domicilio con recomendaciones terapéuticas y tratamiento.

TERCERO.- Presentada la reclamación se acordó la instrucción del expediente de conformidad con lo dispuesto en la Ley 39/2015 de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

Se incorporó al expediente la historia clínica de la reclamante obrante en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias. También figura en el expediente la transcripción de las llamadas realizadas al 112 el día 16 de febrero de 2017.

El 10 de abril de 2017 emite informe el coordinador de Urgencias del Hospital Universitario Príncipe de Asturias en el que expresa que tras el ingreso de la paciente en Urgencias el día 16 de febrero de 2017 a las 19:34 horas, se comprobó la existencia de un síndrome coronario agudo se siguió el protocolo del centro y *“paso sin demora a la Unidad de Cuidados Intensivos a las 20:10 horas”* y concluye que la asistencia dispensada fue adecuada y ajustada a las guías habituales para la

práctica clínica y se siguió el protocolo de actuación del centro hospitalario.

Figuran en los folios 227 a 248 dos informes, en idénticos términos, de la directora médico de Coordinación y Transporte Sanitario del SUMMA 112 de 1 de junio de 2017 y 5 de septiembre de 2017, los informes clínicos generados y la transcripción de las llamadas.

En los citados informes la directora médico de Coordinación y Transporte Sanitario informa que el día 16 de febrero de 2017 se recibió una llamada en el Servicio Coordinador de Urgencias del SUMMA 112 a las 18:04 horas alertando de una paciente con dolor torácico, la médico que coordinó la llamada tras preguntar por otros síntomas habló con la paciente para detectar mejor otros síntomas y *“en la conversación, el médico tras intentar hablar nuevamente con la paciente, se establece un mal entendimiento solicitándose por parte del alertante policía y no recurso sanitario finalizando el registro generado en la llamada como derivación a Hospital por su medios. A las 18:27 horas se reitera la llamada, aunque tampoco se establece buena comunicación, en cuanto a la respuesta ante las preguntas del médico (otro distinto al anterior), sí parece que la paciente ha tenido una pérdida de conocimiento y signos compatibles a una convulsión por lo que se asigna un recurso de tipo UVI Móvil, con tiempo de llegada al lugar desde esta segunda llamada de 15 minutos”*.

Prosigue el informe indicando que las funciones del Servicio Coordinador de Urgencias del SUMMA 112 se encuentran reguladas en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre y que son los profesionales sanitarios los que asignan los recursos sanitarios en función de los síntomas que se aportan en la conversación telefónica, puesto que su función *“no es el diagnostico telefónico, ni la asignación de recurso a demanda del llamante”*, por ello, manifiesta que deben

realizar preguntas para movilizar el mejor recurso para el paciente y en el caso concreto que nos ocupa, expresa que la paciente fue asistida por personal de una UVI móvil que la trasladó al HUPA.

Obra en los folios 250 a 276 la suspensión del procedimiento para iniciar negociaciones con vistas a la conclusión de un pacto o convenio en los términos previstos en el artículo 86 de la LPAC, actas de las reuniones en las que no se alcanzó un acuerdo y resolución del viceconsejero de Sanidad de 27 de octubre de 2017 por la que se levanta la suspensión del procedimiento y se reanuda su tramitación.

El 29 de noviembre de 2017 emitió informe el jefe de Cardiología del Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Respecto al manejo que hizo el SUMMA antes del ingreso hospitalario considera que fue el adecuado para el diagnóstico que presentaba y permitió que la paciente llegase al centro hospitalario asintomática y sin alteraciones del electrocardiograma. Expresa, que la paciente acudió por un síndrome coronario agudo con elevación transitoria del ST al que de forma habitual debe realizarse un cateterismo cardiaco y en esa prueba se encontró una disección coronaria espontánea en los vasos adyacentes al ya lesionado de forma espontánea y precisa que se trató de una disección coronaria espontánea y no una disección coronaria iatrogénica, y su manejo se realizó según las recomendaciones clínicas utilizando balón de contrapulsación comprobándose con angio TAC la ausencia de extensión de la disección a la aorta. Finalmente expresa: *“En todo caso, el ecocardiograma previo al alta muestra una función ventricular global conservada, por lo que no puede considerarse que la complicación añada un daño grave o irreversible mayor que el debido a la enfermedad que se estaba tratando”*

También figura en el expediente el informe de la Inspección Sanitaria de 15 de diciembre de 2017 que tras examinar la asistencia de que fue objeto la reclamante y realizar las oportunas

consideraciones médicas, formula las siguientes conclusiones: *“Si bien la actuación del SUMMA 112 no fue todo lo diligente que hubiera sido deseable, lo cierto es que el resultado final se minimizó gracias a la correcta actuación de la UVI móvil. Respecto al servicio de Cardiología entendemos que dada la rareza de la situación, con un diagnóstico muy poco frecuente, el hemodinamista actuó con diligencia y pericia usando los medios diagnósticos más adecuados para un mejor manejo tanto diagnóstico como terapéutico, lo que permitió resolver con eficacia una situación con un claro compromiso vital”*

Una vez instruido el procedimiento se confirió trámite de audiencia a la reclamante que formuló alegaciones calificando de negligente la actuación del operador del 112 *“amén de totalmente inhumana”* y alegó que el retraso asistencial había provocado el empeoramiento del estado de salud de la reclamante. También cuantificaba la indemnización en 60.000 euros.

Finalmente, el 5 de marzo de 2019 el viceconsejero de Sanidad formuló propuesta de resolución desestimatoria al entender que no concurre relación de causalidad entre el daño reclamado y la actuación de los servicios públicos sanitarios.

CUARTO.- El 22 de abril de 2019 ha tenido entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora la solicitud de dictamen, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la letrada vocal D.^a Rosario López Ródenas, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por unanimidad, en el Pleno de la Comisión en su sesión de 20 de junio de 2019.

El escrito solicitando el informe preceptivo fue acompañado de la documentación que se consideró suficiente.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros y a solicitud de un órgano legitimado para ello a tenor del artículo

18.3 del Reglamento de Organización y funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por Decreto 5/2016, de 19 de enero (ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial se regula en la LPAC, dado que este procedimiento se incoó a raíz de la reclamación formulada con posterioridad a la entrada en vigor de dicha norma.

La paciente reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), en cuanto que es la persona que recibió la asistencia sanitaria objeto de reproche. Ha actuado debidamente representada por letrado. El otro reclamante, representado también por letrado y cuya relación de parentesco con la reclamante no resulta acreditada en el expediente carece de legitimación activa puesto que el daño indemnizable que se reclama tiene carácter personalísimo.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid como titular del servicio sanitario prestado por el SUMMA 112, y pertenecer el HUPA a su red asistencial.

En cuanto al plazo para el ejercicio del derecho a reclamar, es de un año contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo (cfr. artículo 67.1 de la LPAC).

En el presente caso, se reprocha el retraso asistencial del SUMMA 112 el día 16 de febrero de 2017 y la asistencia sanitaria que le fue dispensada a la paciente en el HUPA, donde ingresó el mismo día y recibió alta médica el 24 de febrero de 2017, así pues, la reclamación presentada el día 23 de marzo de 2017 se habría formulado dentro del plazo legal.

En cuanto al procedimiento, no se observa ningún defecto en su tramitación. Se ha recabado informe de los servicios a los que se atribuye la producción del daño. Así, se ha incorporado el informe del SUMMA 112 y de los servicios de Urgencias y Cardiología del HUPA. También se ha incorporado al procedimiento el informe de la Inspección Sanitaria. Tras la incorporación de los anteriores informes, se dio audiencia a la reclamante y por último, se ha formulado la correspondiente propuesta de resolución que ha sido remitida, junto con el resto del expediente, a la Comisión Jurídica Asesora para la emisión del preceptivo dictamen.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- El instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración, que tiene su fundamento en el artículo 106.2 de la

Constitución Española y su desarrollo en la LPAC y en la LRJSP, exige, según una constante y reiterada jurisprudencia, una serie de requisitos, destacando la sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2014 (recurso 4160/2011) los siguientes:

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

b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de 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 cabalmente causado por su propia conducta.

Igualmente exige la jurisprudencia el requisito de la antijuridicidad del daño que consiste, no en que la actuación de la Administración sea contraria a derecho, sino que el particular no tenga una obligación de soportar dicho daño [así sentencias de 1 de julio de 2009 (recurso 1515/2005) y de 31 de marzo de 2014 (recurso 3021/2011)].

CUARTA.- En el ámbito sanitario, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público. El criterio de la actuación conforme a la denominada “*lex artis*” se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios, pues la responsabilidad no nace sólo por la lesión o el daño, en el sentido de daño antijurídico, sino que sólo surge

si, además, hay infracción de ese criterio o parámetro básico. Obviamente, la obligación del profesional sanitario es prestar la debida asistencia, sin que resulte razonable garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

Así, el Tribunal Supremo, en doctrina reiterada en numerosas ocasiones (por todas, la STS de 19 de mayo de 2015, recurso 4397/2010) ha señalado 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, por lo que si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido ya que la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados*".

Todo lo anterior resulta relevante por cuanto el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial no convierte a la Administración en una aseguradora universal de cualquier daño que sufran los particulares, sino que únicamente debe responder de aquéllos que los administrados no tengan el deber jurídico de soportar y sean causados por infracción de la llamada *lex artis*.

QUINTA.- En el presente caso, tal y como ya ha sido indicado, la reclamante dirige sus reproches, por una parte, al retraso asistencial del SUMMA 112, y por otra parte, a la deficiente asistencia sanitaria dispensada en el HUPA por la complicación surgida durante su

ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos, motivada según la reclamante, por el retraso asistencial del SUMMA 112 y por emplear una deficiente técnica en la complicación surgida.

Ha de recordarse que, según el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, la carga de la prueba en los procedimientos de responsabilidad patrimonial corresponde a quien la reclama sin perjuicio de que se pueda modular dicha carga en virtud del principio de facilidad probatoria. Como recuerda la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de junio de 2017 (recurso 909/2014):

“Este Tribunal en la administración del principio sobre la carga de la prueba, ha de partir del criterio de que cada parte soporta la carga de probar los datos que, no siendo notorios ni negativos y teniéndose por controvertidos, constituyen el supuesto de hecho de la norma cuyas consecuencias jurídicas invoca a su favor (por todas, sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 27 de noviembre de 1985, 9 de junio de 1986, 22 de septiembre de 1986 , 29 de enero y 19 de febrero de 1990 , 13 de enero, 23 de mayo y 19 de septiembre de 1997, 21 de septiembre de 1998), todo ello, sin perjuicio de que la regla pueda intensificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de la buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de la facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil acreditación para la otra (Sentencias Tribunal Supremo (3ª) de 29 de enero , 5 de febrero y 19 de febrero de 1990 , y 2 de noviembre de 1992, entre otras)”.

En este caso, la reclamante no ha aportado al procedimiento ningún criterio médico o científico, avalado por profesional competente que sirva técnicamente para acreditar que el daño aducido sea

consecuencia del retraso temporal en la asistencia del SUMMA 112 ni que la complicación surgida durante su ingreso hospitalario fuera por impericia.

Esta falta de prueba hace necesario acudir a los informes médicos obrantes en el expediente, singularmente al de la Inspección Sanitaria, por su garantía de objetividad y rigor científico puesta de manifiesto en diversos dictámenes de esta Comisión Jurídica Asesora y en las sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, como la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 25 de enero de 2018 (recurso 1/2016), o la Sentencia de 26 de julio de 2018 (recurso 768/2016).

En cuanto al primero de los reproches formulados, de la documentación obrante en el expediente se constata que la primera llamada que se realiza al SUMMA 112 comunicando el estado de la paciente se produce a las 18:04 horas del día 16 de febrero de 2017. El alertante comunica al médico que la paciente tiene dolor en el pecho y le cuesta hablar. A continuación la paciente habla telefónicamente con el médico y le comunica que le duele mucho el pecho, tiene las manos, la cara y todo dormido, no tiene ansiedad y nunca la ha tenido, tiene palpitaciones, no puede hablar, se siente mal y le pasa la conversación al hijo a lo que el médico asiente. Iniciada la conversación el hijo, este contesta al médico las preguntas que le formula y en un momento de la conversación quiere volver a hablar con la paciente porque según el médico ya había hablado con ella y *“hablamos con todos los infartados”*. Ante la insistencia del alertante de que la paciente no puede hablar, el médico le comunica que manda a la Policía con una denuncia a lo que el alertante asiente.

Cuatro minutos más tarde, a las 18:07 horas, el médico del SUMMA 112 que ha mantenido la conversación anterior llama por

teléfono al domicilio de la paciente insistiendo en hablar con ella, le comunican que no puede hablar y finaliza la conversación.

A los 19 minutos de la anterior llamada, concretamente a las 18:26 horas, el hijo llama al 112 y comunica a la operadora del SUMMA 112 que su madre se ha desmayado, no ha perdido el conocimiento pero ha vomitado. La operadora dirige la llamada a un médico y el alertante le comunica que la paciente no puede respirar y esta convulsionando. El médico, diferente al de las llamadas anteriores, dispone la movilización de una UVI móvil, y si bien no consta la hora de llegada al domicilio si figura que a las 18:51 horas ya se encuentra en el domicilio de la paciente.

Así pues, desde la primera llamada (18:04 horas) hasta la asistencia de la UVI móvil (18:51 horas) transcurrieron 47 minutos y hasta el ingreso en el HUPA (19:34 horas) transcurren 90 minutos por lo que de no haberse producido la nefasta y desafortunada aptitud adoptada por el médico del SUMMA en la comunicación mantenida con la paciente y su familiar, y de haberse activado el recurso sanitario en la primera llamada, el proceso se hubiera acortado 22 min que son los que transcurren entre la primera y la segunda llamada del alertante, ahora bien, desde la segunda llamada del alertante hasta que la UVI móvil se encuentra en el domicilio han transcurrido 15 minutos, tiempo medio de respuesta a las emergencias de los diferentes dispositivos asistenciales recogido en el observatorio de resultados del Servicio Madrileño de Salud para el año 2017.

Al respecto, la Inspección Médica tras reconocer que de haberse activado el recurso en la primera llamada el proceso se hubiera acortado 22 minutos, destaca: *“también es verdad que el manejo que se realizó una vez acudió la UVI móvil es el adecuado para el diagnóstico del síndrome coronario agudo con elevación de segmento*

ST, y permitió que la paciente llegase asintomática y ya sin alteraciones del ECG al servicio de Urgencias”.

En cuanto a la incidencia que pudo tener el invocado retraso asistencial del SUMMA en la complicación surgida durante el procedimiento de disección coronaria espontánea de la arteria descendente anterior en su porción proximal y que consiguió sellarse con stent farmacoactivo, el informe del Servicio de Cardiología y la Inspección coinciden en poner de manifiesto que se trata de una complicación posible y relativamente frecuente y no debe confundirse con la disección coronaria iatrogénica, y respecto a la técnica empleada, la Inspección Médica indica: *“El tratamiento de la enfermedad de base, que se extendió durante el procedimiento, se hizo según las recomendaciones clínicas, utilizando balón de contrapulsación, buscando la luz verdadera y sellando las puertas de entrada de la disección- Así mismo se comprobó con Angio TAC la ausencia de extensión de la disección a la aorta, actuando según la practica establecida. La actuación del hemodinamista que se encuentra ante este hallazgo tan infrecuente, de pronóstico incierto y alto riesgo, pone a prueba sin duda su habilidad y conocimientos”.*

En definitiva, si bien en este caso la actuación del SUMMA debió haber sido más diligente sin embargo, no puede apreciarse una pérdida de oportunidad puesto que de los informes obrantes en el expediente no se deduce que la actitud del médico del SUMMA 112 influyera en un resultado diferente o más favorable para la salud de la paciente.

Así pues, en este caso, se considera que no ha habido pérdida de oportunidad, entendida como probabilidad de obtener un resultado distinto y más favorable para la salud de las personas, que se produce, como señala la sentencia del Tribunal Supremo de 18 de julio de 2016 (recurso 4139/2014) *“cuando en la asistencia médica*

correspondiente se ha omitido un diagnóstico adecuado, un tratamiento específico, el suministro de un concreto fármaco o una mayor celeridad en la actuación de tal modo que se habría privado al paciente, previsiblemente, de una mayor posibilidad de curación”.

Tal y como indica la Inspección Sanitaria: *“Como se ve en este caso la disección espontánea de coronaria, no es en ningún caso consecuencia del proceso asistencial, sino la causa del Infarto, su diagnóstico un hallazgo en la coronariografía, fruto del cual, y con el auxilio de los medios adecuados pudo tratarse una situación que sin duda ponía en grave riesgo vital a la paciente”.*

En este punto es relevante traer a colación la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 25 de enero de 2018 (recurso 1/2016):

“Si bien tanto el informe de la Inspección Sanitaria como el resto de los que obran en el expediente administrativo no constituyen prueba pericial en sentido propiamente dicho, sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen también un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del Médico Inspector, y de la coherencia y motivación de su informe”.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación por responsabilidad patrimonial formulada al no haberse acreditado una actuación médica contraria a la *lex artis*.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 20 de junio de 2019

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 261/19

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid