

Dictamen nº: **309/22**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **24.05.22**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora, aprobado por unanimidad, en su sesión de 24 de mayo de 2022, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo de lo establecido en la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el asunto sobre responsabilidad patrimonial promovido por Dña. ....., en su propio nombre y en el del menor ....., por el fallecimiento de su pareja, Dña. ....., que atribuye a la demora en la asistencia sanitaria dispensada por el SUMMA 112.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** El 16 de octubre de 2020, la persona mencionada en el encabezamiento presenta un escrito en el registro de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, en el que relata que, el 31 de octubre de 2019, cuando se encontraban en el domicilio de un familiar, su pareja se acercó a ella echándole los brazos, y aunque realizaba algún movimiento, perdió la conciencia y apenas respondía. Refiere que la tumbó en el suelo y a las 13:06 horas, llamó al SUMMA 112. Señala que comunicó lo que había sucedido y que su pareja padecía infartos cerebrales “*debido a la enfermedad de Moya-Moya que sufría*”. Subraya que se trataba de un “Código Ictus”.

La interesada continúa relatando que los Servicios de Emergencias indicaron que enviarían una unidad rápidamente y mientras tanto hicieron todo lo que les habían indicado, que consistía básicamente en poner a la paciente de lado. Señala que a las 13:24:47 horas no había llegado la ambulancia, por lo que volvió a llamar insistiendo en la urgencia, pues su pareja ya no respondía y habían pasado más de los 15 minutos que dictamina el “Código Ictus”. Destaca que además de la demora, sufrió muy mal trato por parte de la facultativa que atendió la segunda llamada. Señala que la ambulancia tardó en llegar 45 minutos.

Continuando con el relato fáctico de la reclamación, indica que al ingreso de la paciente en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón y tras realizarle un TAC, le indicaron que las lesiones que padecía no eran compatibles con la vida al tener daños cerebrales irreversibles. Señala que la mantuvieron con vida en espera de la posible donación de órganos y aproximadamente a las 23:00 horas la desconectaron y falleció al poco tiempo.

En virtud de todo lo expuesto, considera que la demora de la ambulancia fue la causante del fallecimiento de su pareja.

La reclamante acaba solicitando una indemnización en cuantía que no concreta por los daños graves causados por el fallecimiento y los daños morales, psicológicos y psiquiátricos causados a los convivientes, la reclamante y el menor, en régimen de acogimiento familiar con el que convivían.

El escrito de reclamación se acompaña con el certificado de defunción y diversa documentación médica de la pareja de la reclamante del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (folios 1 a 7 del expediente).

**SEGUNDO.-** Del examen del expediente administrativo resultan los siguientes hechos de interés para la emisión del dictamen:

La paciente fallecida, de 52 años de edad en el momento de los hechos, contaba con antecedentes de dislipemia e hipertensión arterial; enfermedad de Moya-Moya; infarto en territorio de arteria cerebral media izquierda y posible arteria cerebral media derecha en 2001 con secuela (hemiparesia derecha); ictus hemorrágico en abril del 2009, sin secuela neurológica; epilepsia (crisis parciales secundariamente generalizadas) y episodios de cuadros depresivos. Era doble continente, caminaba con ayuda y presentaba imposibilidad para acciones finas así como deterioro cognitivo importante.

Según consta en la anamnesis realizada al ingreso en el Hospital General Universitario Gregorio, el día 31 de octubre de 2019, *«familiares de paciente comentan que hace 24 horas, paciente presenta sensación de vértigo con náuseas sin otro síntoma acompañante, por lo que acude a CS (centro de salud) en donde tras valoración se prescribe Diazepam con remisión del cuadro clínico. Hoy por la mañana y tras "discusión familiar" refieren que paciente presenta súbitamente hemiplejía izquierda, con desviación de la comisura labial y disartria, tras lo cual presenta precipitación con alteración del nivel de conciencia sin movimientos extraños ni relajación de esfínteres, por lo que se comunican con servicios de atención extrahospitalaria, SUMMA 112».*

Según la transcripción de las llamadas aportada por el SUMMA 112, se recibió una llamada el 31 de octubre de 2019 a las 13:07 horas, que se desarrolló en los siguientes términos:

**«Médico SUMMA:** *Hola, buenos días*

**Alertante:** *Hola, buenos días, mire por favor...*

**Médico:** Soy el médico de urgencias, a ver, me dicen que a la señora se le está torciendo la boca en estos momentos...

**Alertante:** Sí, sí, y no, no habla bien

**Médico:** No habla bien, vale, y ¿se le ha paralizado algún lado del cuerpo, brazo, pierna?

**Alertante:** No lo sabemos porque no habla

**Médico:** Bueno ya, pero la ven ustedes que mueva los brazos y las piernas...

**Alertante:** Es que la tengo tirada en el suelo

**Médico:** Ah que la tiene tirada en el suelo, vale, ella qué pasa ¿ha tenido antecedentes de ictus señora?

**Alertante:** Sí, ha sufrido ya dos ictus y un derrame cerebral, tiene la enfermedad de "Moya-Moya"

**Médico:** ¿Tiene?

**Alertante:** Una enfermedad de "Moya-Moya"

**Médico:** Vale

**Alertante:** O sea, sufre de infartos cerebrales

**Médico:** Vale, ¿ella se vale por sí misma, es una persona que...?

**Alertante:** No, no, no, depende de mí

**Médico:** Depende de usted para todo ¿no? vale

**Alertante:** Sí

**Médico:** *Ella está consciente y la mira ¿verdad? cuando usted le habla*

**Alertante:** *Eh... es que parece que un ojo no lo tiene demasiado bien*

**Médico:** *Vale, póngala tumbada de lado que vamos para allá ¿vale? ¿De acuerdo?*

**Alertante:** *Sí, de acuerdo, por favor».*

A las 13:28 horas de ese mismo día se recibe una segunda llamada, cuya transcripción es la siguiente:

**Médico:** *Hola, buenos días*

**Alertante:** *Hola, buenos días, mire es que hemos llamado...*

**Médico:** *Va la UVI de camino, ¿qué ha pasado?*

**Alertante:** *Pues que ella sufre de infartos cerebrales ¿vale?*

**Médico:** *Sí*

**Alertante:** *Y ayer estuvo un poco pachucha, creíamos que era un vértigo, estuve hablando con la doctora de cabecera y me dijo que bueno que, si no volvía a repetir, pero es que de repente se ha quedado blanca, blanca, blanca y se caía al suelo...*

**Médico:** *Vale, ya va el médico de camino ¿vale? y ahora ¿está consciente?*

**Alertante:** *(¿Se le están poniendo los labios azules?, no, no que los tenía azules)*

**Médico:** A ver, pásame con la paciente

**Alertante:** Pero si la paciente está sin conocimiento, si se ha quedado dormida

**Médico:** No me grite señora, tumbada, de lado y va el médico, la UVI ya está de camino ¿de acuerdo?

**Alertante:** Sí, si la tenemos tumbada de lado lo que pasa que parece que se ahoga...

**Médico:** Tumbada de lado y esperen a que llegue el médico que no va a tardar nada.

**Alertante:** Vale

**Médico:** De nada, hasta luego

**Alertante:** Hasta luego”.

Según la información remitida por el SUMMA 112, una UVI móvil llegó al lugar del aviso a las 13:30 horas. La dotación valoró y exploró a la paciente, registrando los siguientes datos:

“Avisan por paciente con bajo nivel con rigidez de brazo derecho con desviación de comisura. Recuperación del nivel de conciencia, ap (antecedentes personales): ictus de repetición, enfermedad de Moya-Moya, anticoagulada por ictus cerebrales y derrame cerebral. Semidependiente (sale a la calle, come sola y va al baño sola, orientada pero puntualmente se despista, con hemiparesia de brazo derecho y mid. posible crisis tónica en tratamiento con tegretol. anisocoria derecha”.

Tras valoración y estabilización clínica incluida la intubación endotraqueal, la paciente fue trasladada al Hospital General

Universitario Gregorio Marañón, con los juicios clínicos de: “*sospecha de ACV (accidente cerebrovascular) hemorrágico y epilepsia, crisis generalizada convulsiva*”.

En el Hospital General Universitario Gregorio Marañón se realiza TAC de cráneo y se comenta el caso con el Servicio de Neurocirugía que, tras valoración, desestima tratamiento invasivo dado la severidad de hallazgos, la clínica que presenta en ese momento la paciente y la localización del hematoma intracraneal.

Se decide el ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos. En la exploración clínica neurológica presentó coma arreactivo persistente con afectación de casi todos los reflejos de tronco en el seno de hematoma troncoencefálico extenso sin posibilidad de tratamiento médico, ni quirúrgico, lo que lo hacía incompatible con la vida. Se informó a los familiares de la situación antes descrita y el pronóstico ominoso. Los familiares entendieron la información transmitida.

Se planteó a los familiares en compañía de la Coordinación de Trasplantes la posibilidad de donación en caso de llegar a realizar y confirmar la muerte encefálica, si bien, tras varias horas de meditarlo informaron de su decisión meditada, consensuada y clara de la negativa a la posibilidad de donación.

Tras varias horas de vigilancia en UCI y tras “*la familiar asimilar el diagnóstico y pronóstico del cuadro clínico*”, se decidió en consenso con la familia ajustar el tratamiento médico, optimizando sedoanalgesia para posteriormente realización de extubación terminal lo que conlleva ulterior parada cardiorrespiratoria. El *exitus* se produjo a las 23 horas del 31 de octubre de 2019, acompañada de sus familiares.

**TERCERO.-** Presentada la reclamación se inició el procedimiento de responsabilidad patrimonial al amparo de lo dispuesto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

Consta en el expediente que el instructor del procedimiento, el 30 de noviembre de 2020, requirió a la interesada para que, si su intención era reclamar también una indemnización en favor del “*menor en régimen de acogimiento familiar*”, aportara sus datos, acreditara ostentar su representación, así como la convivencia del menor con la paciente fallecida. Asimismo, se solicitó que se indicase la cuantía económica de la indemnización solicitada, o al menos los criterios en base a los cuales pretendía que fuera fijada, aportando la documentación correspondiente.

El día 16 de diciembre de 2020, la interesada dio contestación al requerimiento, indicando que el menor era su sobrino, que había acogido de emergencia y que convivía con ellas desde el año 2009. También señaló no poder determinar la cuantía de la indemnización sin asesoramiento legal, pero en todo caso se remitió a lo que señalase la ley. Con el escrito adjuntó el certificado de empadronamiento en el que constan la reclamante, la paciente fallecida y el menor, este último empadronado desde el 17 de diciembre de 2009. Asimismo, aportó el libro de familia de la reclamante y su pareja fallecida, en el que consta el matrimonio el día 4 de diciembre de 2006. De igual modo, anexó un certificado de la secretaria de la Comisión de Tutela del Menor acreditativo de que el menor se encontraba tutelado al declararse su situación de desamparo, siendo ejercida su guarda en acogimiento familiar por la reclamante y el Auto de 17 de mayo de 2013 del Juzgado de 1ª Instancia nº85, de Madrid, por el que se constituyó el acogimiento con carácter permanente y duración indefinida, con asunción de todas las obligaciones establecidas en el artículo 173.1 del Código Civil.

Obra en el procedimiento el informe de 18 de noviembre de 2020 de la directora médica de Coordinación y Transporte Sanitario del SUMMA 112 en el que explica que a las 13:07 horas del día 31 de octubre de 2019, se recibió en el Centro Coordinador de Urgencias del SUMMA 112, una llamada que fue atendida por una médica reguladora, quien recogió los siguientes datos clínicos: “*paciente con antecedentes de ictus y hemorragia, dependiente. Ahora se encuentra en el suelo, no se le entiende el habla, balbuceo, no alerta, desviación comisura labial. Hija muy nerviosa*”. Con estos datos clínicos la doctora, a las 13:09 horas, activó una Unidad de Soporte Vital Avanzado (UME), para que acudiera al domicilio de la paciente con carácter de emergencia. A las 13:13 horas, se le transmite el aviso a la UVI móvil (UME 1), comenzando de manera inmediata la movilización hacia el domicilio a las 13:15 horas, y llegando al lugar del aviso a las 13:30 horas. El informe destaca que es importante reseñar, que en la franja horaria cuanto tuvo lugar la llamada, según consta en el registro informatizado de la actividad de los recursos, las dos unidades que podrían dar cobertura a la zona del domicilio de la paciente, se encontraban interviniendo en asistencias previas, por lo que se activó a la UME 1, que sí se encontraba libre en su base, invirtiendo únicamente 15 minutos en llegar al domicilio.

El informe continúa relatando que, tras valoración y estabilización clínica, incluida la intubación endotraqueal, por la importante disminución del nivel de conciencia que la enferma presentaba, fue trasladada al Hospital General Universitario Gregorio Marañón, con los juicios clínicos de: “*sospecha de ACV (accidente cerebro-vascular) hemorrágico y epilepsia, crisis generalizada convulsiva*”. Destaca que la dotación de la UVI móvil valoró y exploró a la paciente y practicó una prealerta hospitalaria, siendo aceptada la enferma, con los criterios de paciente intubada y en ventilación mecánica invasiva, con proceso neurológico (excluye Código Ictus).

El informe explica que es importante tener en cuenta que la enfermedad de Moya-Moya es una arteriopatía cerebrovascular, generada por estenosis de las arterias carótidas intracraneales y sus ramas proximales (polígono de Willis), con dilatación de ramas perforantes de la arteria carótida interna (ACI) las cuales se dilatan proporcionando una perfusión colateral en zonas isquémicas, y que en adultos, la principal presentación clínica es hemorragia intracraneal, secundario al hiperflujo generado en vasos anómalos lo cual condiciona la ruptura de estos.

Añade que, según la guía clínica del “Código Ictus”, y en particular de la atención al ictus en el SUMMA 112, los criterios de inclusión son: síntomas iniciados de forma brusca en las últimas 24 horas; situación basal previa del paciente sin gran dependencia; déficit neurológico focal que persiste en el momento del diagnóstico; debilidad o parálisis repentina de la cara, el brazo o la pierna; confusión repentina; dificultad para hablar o entender; pérdida de visión brusca de uno o ambos ojos; cefalea intensa, brusca y sin causa aparente asociada a náuseas y vómitos (no achacable a otras causas) y dificultad repentina para caminar, pérdida de equilibrio o coordinación. Mientras que los criterios de exclusión serían: síntomas que no se han instaurado de forma brusca; más de 24 horas de evolución desde el inicio los síntomas y paciente con gran dependencia o enfermedad terminal.

El informe concluye que la inclusión de esta paciente dentro de los criterios de “Código Ictus” sería bastante indeterminada, y además habría que tener en cuenta que el concepto tiempo dependiente, que implica el ictus y el “Código Ictus”, viene determinado por la posibilidad de establecer un tratamiento fibrinolítico IV o intraarterial lo antes posible, tratamientos estos que se encuentran contraindicados en pacientes, que, como la pareja de la reclamante, hubieran presentado hemorragias cerebrales previas.

Por todo lo anterior, el informe considera que la intervención llevada a cabo por el SUMMA, tanto en la atención desde el centro coordinador, como de la unidad asistencial fue en todo momento, correcta, adecuada y conforme a criterios clínico asistenciales recomendados en la actualidad.

Se han incorporado al procedimiento los informes de la asistencia del SUMMA 112 y la transcripción de las llamadas. De igual modo consta la historia clínica de la paciente fallecida del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

También se ha incorporado al procedimiento el informe de la Inspección Sanitaria que, tras analizar los antecedentes del caso y el informe emitido en el curso del procedimiento, así como realizar las correspondientes consideraciones médicas, concluye que la asistencia sanitaria dispensada ha sido adecuada y de acuerdo a la *lex artis*.

Concluida la instrucción del expediente, se confirió trámite de audiencia a los interesados el 20 de diciembre de 2021. No consta que formularan alegaciones dentro del trámite conferido al efecto.

Finalmente, el 11 de abril de 2022 se formuló propuesta de resolución en el sentido de desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado mala praxis en la asistencia sanitaria dispensada a la paciente fallecida.

**CUARTO.-** El 18 de abril de 2022 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente nº 255/22, a la letrada vocal Dña. Ana Sofía Sánchez San Millán que

formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 24 de mayo de 2022.

A la vista de estos antecedentes, formulamos las siguientes

### **CONSIDERACIONES DE DERECHO**

**PRIMERA.-** La Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid emite su dictamen preceptivo de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, según el cual: *“3.En especial, la Comisión Jurídica Asesora deberá ser consultada por la Comunidad de Madrid en los siguientes asuntos (...) f) Expedientes tramitados por la Comunidad de Madrid, las entidades locales y las universidades públicas sobre: 1º Reclamaciones de responsabilidad patrimonial, cuando la cantidad reclamada sea igual o superior a 15.000 euros o cuando la cuantía sea indeterminada”*.

En el caso que nos ocupa, los interesados no han cifrado la cuantía de la indemnización que reclaman por lo que al ser de cuantía indeterminada resulta preceptivo el dictamen de este órgano consultivo.

**SEGUNDA.-** La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada, según consta en los antecedentes, ha de ajustarse a lo dispuesto en la LPAC.

La reclamante, pareja de la paciente fallecida, 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 sufre el daño moral que provoca el fallecimiento de su familiar. Se ha acreditado debidamente la relación matrimonial que ligaba a la interesada con la fallecida mediante copia del libro de familia.

En cuanto al menor, conviene señalar que el daño moral, en cuanto sufrimiento provocado por la pérdida de una persona con la que existe una relación estrecha de afectividad ha sido admitida por esta Comisión Jurídica Asesora, sin necesidad de prueba por ser notorio, en el caso de familiares directos (así nuestro dictamen 349/19, de 19 de septiembre, entre otros). De esta manera hemos admitido la legitimación de los familiares en línea recta, ya sea ascendente o descendente, así como la legitimación de los hermanos en la línea colateral. En el caso de los sobrinos y demás colaterales, hemos admitido que podía existir la legitimación, en tanto se fundamenta en un dolor producido por la muerte de una persona con la que se mantiene una relación de afectividad, pero hemos considerado que debía ser probada mediante la acreditación de circunstancias que revelen la existencia de esa relación (así nuestro dictamen 172/17, de 4 de mayo, entre otros).

En este caso, resulta del expediente que el menor, sobrino de la reclamante y de la paciente fallecida, convivía con ellas desde el año 2009, en virtud de acogimiento familiar, por lo que cabe inferir la relación de afectividad que los unía y el daño moral provocado por el fallecimiento.

Ahora bien, el niño ha actuado en el procedimiento representado por su tía, en virtud de la guarda que ostenta del menor por acogimiento familiar, al amparo de lo dispuesto en la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Ahora bien, en rigor, a tenor de lo establecido en los artículos

172 y siguientes del Código Civil, relativos a la guarda y acogimiento de menores, la representación legal del menor no corresponde a sus acogedores, sino que, por lo que resulta de la documentación aportada correspondería en este caso a quién ejercía la tutela, esto es, la Comunidad de Madrid (Comisión de Tutela del Menor).

No obstante, no consta en el expediente que se haya recabado la subsanación del defecto de representación advertido y puesto que no se puede hacer pechar a los firmantes del escrito de reclamación con el improcedente actuar de la Administración al no recabar dicha subsanación, procede entrar a conocer del fondo del asunto, sin perjuicio de que se requiera a los interesados para que la representación se acredite en forma adecuada.

La legitimación pasiva resulta indiscutible que corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que la asistencia sanitaria reprochada se prestó por el SUMMA 112, servicio público de titularidad de la Comunidad de Madrid.

En cuanto al plazo, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, a tenor del artículo 67.1 de la LPAC, tienen un plazo de prescripción de un año desde la producción del hecho que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo, que se contará, en el caso de daños de carácter físico o psíquico, desde la curación o la fecha de determinación del alcance de las secuelas.

En este caso, el *dies a quo* lo constituye la fecha de fallecimiento de la paciente, el día 31 de octubre de 2019, por lo que la reclamación presentada el día 16 de octubre de 2020, debe reputarse formulada en plazo legal.

En cuanto al procedimiento seguido en la tramitación de la reclamación de responsabilidad patrimonial, se observa que se emitió informe por la directora médica de Coordinación y Transporte

Sanitario del SUMMA 112 y por la Inspección Sanitaria con el resultado expuesto en los antecedentes de este dictamen. Asimismo, se ha incorporado al procedimiento la información sobre la asistencia dispensada por el SUMMA 112 y la transcripción de las llamadas, así como la historia clínica de la paciente fallecida del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Además, se confirió trámite de audiencia a los reclamantes y se redactó la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación formulada.

Por todo ello cabe concluir que el procedimiento seguido no adolece de ningún defecto de anulabilidad o nulidad, por cuanto se han llevado a cabo todas las actuaciones necesarias para alcanzar adecuadamente la finalidad procedimental.

**TERCERA.-** La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 106.2 de la Constitución Española y garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada de la que es exponente la Sentencia del Tribunal Supremo de 21 de marzo de 2018 (núm. rec. 5006/2016), requiere la concurrencia de varios requisitos:

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) Que exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, sin que ésta sea producida por fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005) y otras sentencias allí recogidas, *“no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”*.

En concreto, cuando se trata de daños derivados de la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público porque el criterio de la actuación conforme a la denominada *lex artis* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios.

Así, el Tribunal Supremo, en doctrina reiterada en numerosas ocasiones (por todas, la Sentencia de 15 de marzo de 2018, RC 1016/2016) 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”.*

**CUARTA.-** Del breve resumen de los presupuestos de la responsabilidad patrimonial incluidos en la consideración jurídica precedente, se deduce que no cabe plantearse una posible responsabilidad de la Administración sin la existencia de un daño real y efectivo a quien solicita ser indemnizado. En este sentido recuerda la Sentencia de 13 de febrero de 2018 del Tribunal Superior de Justicia de Madrid (recurso 597/2017), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo que *“la existencia de un daño real y efectivo, no traducible en meras especulaciones o expectativas”* constituye el núcleo esencial de la responsabilidad patrimonial traducible en una indemnización económica individualizada, de tal manera que resulte lesionado el ámbito patrimonial del interesado *“que es quien a su vez ha de soportar la carga de la prueba de la realidad del daño efectivamente causado”*.

Ciertamente ya hemos adelantado la existencia del daño moral de los reclamantes, que jurisprudencia consolidada ha admitido como supuesto de lesión indemnizable (Sentencias del Tribunal Supremo de 27 de noviembre de 1993 -recurso 395/1993-, 19 de noviembre de 1994 -recurso 12968/1991- y 28 de febrero de 1995- recurso 1902/1991-), aunque de difícil valoración económica.

No resultan acreditados, sin embargo, los daños psicológicos y psiquiátricos que aducen los interesados al no haberse presentado ninguna documentación justificativa de los mismos.

La existencia de un daño, en los términos expuestos, como ya hemos visto, no es suficiente para declarar la existencia de responsabilidad, por lo que ha de analizarse si concurren los demás requisitos necesarios para apreciarla.

En este caso, los reclamantes reprochan la actuación del SUMMA 112 en cuanto que consideran que hubo una demora injustificada por parte de la UVI móvil que acudió al domicilio, al superar el plazo de 15 minutos establecido para el “Código Ictus”. A dicha demora imputan el fallecimiento de la paciente.

Para centrar la cuestión relativa a la supuesta infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales que atendieron a la paciente, debemos partir de lo que constituye regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de noviembre de 2019 (recurso 886/2017).

Como es sabido, y así lo destaca, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2020 (recurso 829/2017) *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica y este Tribunal carece de los conocimientos técnicos-médicos necesarios, por lo que debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos, bien porque las partes hayan aportado informes del perito de su elección al que hayan acudido o bien porque se hubiera solicitado la designación judicial de un perito a fin de que informe al Tribunal sobre los extremos solicitados”*.

En el presente caso, los reclamantes no aportan prueba alguna que acredite la existencia de mala praxis, por el contrario, los informes médicos que obran en el expediente, contrastados con la

documentación examinada ponen de manifiesto que la asistencia sanitaria dispensada fue conforme a la *lex artis*. En este sentido, resulta relevante lo informado por la Inspección Sanitaria, ya que como hemos señalado reiteradamente, actúa con imparcialidad, objetividad y profesionalidad, como ha puesto de manifiesto el Tribunal Supremo en multitud de sentencias, entre ellas la dictada el 11 de mayo de 2021 (recurso 6479/2020) y el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, así su Sentencia de 23 de diciembre de 2021 (recurso 980/2020). Pues bien, en este caso, la Inspección Sanitaria, en el informe que ha emitido en el curso del procedimiento, concluye que la asistencia prestada “*fue adecuada y de acuerdo a la lex artis*”.

Entrando en el análisis del reproche relativo a los tiempos de respuesta por parte del SUMMA 112, los interesados sostienen que se tardó 45 minutos en atender el aviso. Sin embargo, de los datos que constan en el expediente resulta que la familia solicitó asistencia al SUMMA 112 a las 13:07 horas. Según figura en el informe de la directora médico del SUMMA 112, a las 13:09 horas, se activó una Unidad de Soporte Vital Avanzado (UME), para que acudiera al domicilio de la paciente con carácter de emergencia. A las 13:13 horas, se le transmite el aviso a la UVI móvil (UME 1), comenzando de manera inmediata la movilización hacia el domicilio a las 13:15 horas, y llegando al lugar del aviso a las 13:30 horas. Consta la recogida de datos informatizados de frecuencia cardiaca y saturación a las 13:37 horas, 30 minutos después de la llamada, como recalca la Inspección Sanitaria en su informe para subrayar que no son los 45 minutos que se alegan en la reclamación.

Por tanto, en 23 minutos contabilizados desde la llamada de la alertante, la UVI móvil había llegado al domicilio en el que había de realizarse la asistencia, lo que, según resulta de datos extraídos del

Observatorio de resultados del Servicio Madrileño de Salud (informe del SUMMA 112, 2018-2019) puede considerarse razonable, teniendo en cuenta que los tiempos medios de respuesta de UVI en el año 2019 se sitúan en 15 minutos y que, según resulta del informe de la directora médica del SUMMA 112, las dos unidades que podrían dar cobertura a la zona del domicilio de la paciente, se encontraban interviniendo en asistencias previas, por lo que se activó a la UME 1, que sí se encontraba libre en su base, invirtiendo únicamente 15 minutos en llegar al domicilio.

Por tanto, los tiempos de respuesta indicados no pueden sino considerarse adecuados, tal y como entiende también la Inspección Sanitaria, por lo que no puede considerarse que existiera ni una quiebra de la *lex artis* ni una falta o insuficiencia de medios.

Por otro lado, respecto a la consideración de la asistencia como un “Código Ictus” según afirman los reclamantes, los informes médicos que obran en el expediente descartan tal afirmación. En este sentido se ha manifestado la directora médica del SUMMA 112 al detallar los criterios de inclusión y exclusión, como hemos dado cuenta en los antecedentes. Asimismo, la Inspección Sanitaria en su informe destaca que el diagnóstico del SUMMA 112 fue de accidente cerebrovascular hemorrágico y crisis generalizada convulsiva, que se confirmó tras la realización de un TAC en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Como explica la Inspección Sanitaria, la finalidad del “Código Ictus” viene establecida por la posibilidad de establecer un tratamiento fibrinolítico lo antes posible, situación que no se pudo contemplar en esta paciente dado que presentaba varios de los criterios de exclusión, a saber, el accidente cerebrovascular era hemorrágico; la paciente estaba anticoagulada; tenía antecedentes de hemorragia intracraneal previa; presentaba presión arterial superior a 185/110 mmHg a pesar del tratamiento

médico agresivo y contaba con un accidente cerebrovascular previo con déficit residual importante.

En contra del criterio manifestado por los reclamantes, la Inspección Sanitaria mantiene que el fallecimiento de la paciente no es imputable a la asistencia del SUMMA 112, sino que el fatal desenlace se produjo por la severidad de los hallazgos en el TAC, la clínica al ingreso de la paciente y la localización del hematoma intracraneal y a esta conclusión debemos atender a falta de otra prueba aportada por los interesados.

En definitiva, a la luz de los informes incorporados al expediente, contratados con la documentación examinada y en particular, teniendo en cuenta el relevante criterio de la Inspección Sanitaria, para quién, la asistencia sanitaria dispensada fue conforme a la *lex artis*, debemos concluir, a falta de otra prueba aportada por los interesados que desvirtúe dichas afirmaciones, que no se ha acreditado la mala praxis ni la omisión de medios denunciada por los reclamantes.

Por todo cuanto antecede, la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

### **CONCLUSIÓN**

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada al no haberse acreditado la infracción de la *lex artis* reprochada por los interesados.

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 24 de mayo de 2022

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 309/22

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid