

Dictamen nº: **131/18**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **15.03.18**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por mayoría, en su sesión de 15 de marzo de 2018, emitido ante 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 procedimiento de responsabilidad patrimonial inicialmente promovido por Dña. .... (en adelante, “*la reclamante*” o “*la interesada*”) en su propio nombre y en el de su madre y hermanos Dña. ...., Don ..... y Dña. .... (en adelante, “*los reclamantes*” o “*los interesados*”), en relación con el fallecimiento de su padre Don ..... (en adelante, “*el paciente*” o “*el fallecido*”), que atribuye al retraso asistencial del SUMMA 112.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Por escrito registrado de entrada en el Servicio Madrileño de Salud (en adelante SERMAS) el día 3 de febrero de 2016, la reclamante antes citada refiere que el 24 de diciembre de 2015 sobre las 22:30 h, su padre se indispuso tras cenar y comenzó a encontrarse mal por lo que llamaron de inmediato al 112 reiteradas veces, que les contestaban y colgaban, por lo que a las 23:40 h llamó a la policía que llegó de inmediato y sabía que era un *ictus*, y a las 00:00 h del 25 de diciembre llegó el SUMMA que diagnosticó *ictus*.

Indica que el 31 de diciembre de 2015 su padre falleció por *“ictus isquémico de arteria cerebral media derecha”*, y que lo denunció en comisaría ya que considera que la tardanza de la ambulancia agravó el ictus que padecía su padre y por eso falleció, por lo que existe una pérdida de oportunidad ya que sin el retraso -de dos horas *sic.*- tal vez hubiera salvado la vida. Reprocha también que su padre ingresó en el box de Urgencias del Hospital Gregorio Marañón y en vez de trasladarle a la Unidad de Ictus le trasladaron a la segunda planta porque no había camas, pero no anuda daño ni relama por ello.

Aporta copias de la denuncia efectuada el 7 de enero de 2016 en dependencias de la Policía Nacional de Puente de Vallecas, del certificado médico de defunción emitido por el Hospital General Universitario Gregorio Marañón en que se refleja la defunción por causa inmediata *“parada cardiorrespiratoria”* e intermedia *“ictus isquémico de arteria cerebral media derecha”*, del certificado literal de defunción y de los documentos nacionales de identidad del fallecido y reclamantes; interesando que se le traslade la Historia Clínica de los hospitales Gregorio Marañón y 12 de Octubre y de su médico de cabecera para acreditar que nunca padeció enfermedad grave. Solicita una indemnización de 56.000 € (folios 1 a 10 del expediente administrativo).

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

1.- El 24 de diciembre de 2015, el paciente, de 85 años de edad, encontrándose en el domicilio familiar después de cenar se siente mal y un familiar llama al 112 a las 22:54 h, cuyo operador transfiere la llamada al SUMMA indicando *“es esto de san Diego, es una hemiplejia y un labio torcido, un ACV [accidente cerebrovascular] yo creo”*. El operador del SUMMA pasa la llamada al médico. El familiar explica que *“le ha dado como una especie de vahído a mi suegro, se ha quedado semiinconsciente, lo hemos logrado despertar un poco, está desorientado,*

*dice que no puede mover un lado del cuerpo y habla, pronuncia fatal, no se le entiende nada*". El médico le dice que irán a verle.

A las 23:19 h el operador del 112 le pasa una llamada al operador del SUMMA indicándole que *"es un aviso ya dado... todavía no ha ido"*. El operador del SUMMA le dice al familiar que *"todavía el doctor no ha salido, tiene que esperar un poquito ¿eh?"*. El familiar dice que tiene paralizada la pierna, y el operador le pasa la llamada al médico. El familiar le dice al médico que están esperando una ambulancia hace ya 20 minutos. El médico le contesta que no va una ambulancia, sino que la médico que atendió su llamada anterior ha decidido que vaya un médico a ver a un señor de 86 años que habla con dificultad ¿es así?, y que se le ha paralizado... El familiar dice que habla con dificultad, tiene medio cuerpo paralizado...El médico dice: *"se le ha paralizado medio cuerpo, pues va un médico para allá ¿vale?"*.

A las 23:26 h el operador del 112 pasa una llamada al operador del SUMMA *"pues mira, es un teléfono móvil 653022681"...* *"está súper nerviosa reclamando"*. El operador del 112 atiende la llamada, el familiar dice *"mire, he llamado hace 20 minutos, es que estoy esperando una ambulancia, tengo a mi padre en el sofá, con medio cuerpo paralizado, no puede hablar, está cada vez peor"*. El operador le pregunta si ya ha hablado con el médico y el familiar responde *"no, es que el problema es que no me ha dejado hablar, es que directamente me ha colgado, eso no se lo permito, por muy médico que sea"*. El operador le pasa la llamada al médico. En el audio no se escucha nada.

A las 23:33 h el operador del SUMMA recibe una llamada de la policía *"a ver, es que tengo un servicio en la plaza de san Diego, a ver si ustedes tienen conocimiento de este servicio"...* *"es que nos sale una llamada, dice que está el hombre con medio cuerpo paralizado y dice que está llamando a la ambulancia y que le estáis colgando el teléfono,*

*entonces hemos mandado un coche de policía para allá*". El operador le responde *"va a ir un médico al lugar, vamos se lo ha indicado el médico"*. El policía le informa que ya va un coche para el lugar.

A las 23:39 h el operador del SUMMA recibe una llamada de la policía *"le llamo por un servicio que tienen ustedes todavía pendiente de llegar al lugar..."*; el operador le responde *"de acuerdo, un momento por favor le paso con el médico, no cuelgue por favor"*.

A las 23:43 h el operador del SUMMA recibe una llamada de la policía *"...es que me ha pasado un compañero de usted con el médico y llevo más de quince minutos esperando y no me coge el teléfono el médico, era para reiterar una llamada que es urgente..."*, el operador le dice que ya ha encontrado el aviso y que *"todavía no va el médico, bueno todavía no..., le voy a tener que volver a pasar porque yo no tengo autoridad para decir nada, absolutamente nada, le paso"*; el operador pasa la llamada a un médico que responde *"se trata de una persona de...que está con dificultad para hablar"*, el policía dice *"no, se ha quedado como dormido ahora mismo, se ha quedado paralizado como si le hubiera dado, ya le ha pasado algunas veces, como si le hubiera dado un microinfarto, o algo así, y cerebral y ahora se ha quedado, como, dicen ahora que respira"*. El médico le dice que envían un médico.

A las 23:49 h el operador del SUMMA recibe una llamada del SAMUR preguntando si tienen un aviso pendiente en..., y le dicen que sí y que ya va una UVI en camino, que no le puede indicar el tiempo aproximado de llegada pero que está de camino.

En el informe clínico elaborado por la médica de la UVI móvil consta a las 23:54 h el primer registro y corresponde a la saturación de O<sub>2</sub> 94%. A su llegada al domicilio se procede a realizar la anamnesis del paciente refiriendo dificultad para hablar y moverse que comenzó a las 22 horas.

Consta en la evaluación primaria: *“vía aérea permeable, eupneico, relleno capilar <2 seg, pulso radial. Exploración neurológica: pupila derecha reactiva media; pupila izquierda reactiva media. Consciente; Glasgow 11 (ocular 4, motora 6, verbal 1)”*.

En la evaluación secundaria: *“pares craneales normales, no focalidad neurológica, signos meníngeos no patológicos, orientado. Fuerza y sensibilidad miembro superior derecho normal, miembro superior izquierdo fuerza alterada, miembro inferior derecho fuerza normal y miembro inferior izquierdo fuerza alterada. Auscultación pulmonar normal. Auscultación cardíaca rítmica. Abdomen normal”*.

La monitorización señala: *“23:54 h sat O2 94 %; 23:57 h TAS 153, TAM 110 TAD 88, FC 89 sat. O2 93%; 23:57 h FC 89 sat. O2 95%; 23:58 h FC 95 sat. O2 92 %; 00:02 h FC 80 sat O2 94%; 00:08 h glucosa 179 T 35,4 O 4, M 6, V 1, GCS 11; 00:16 h se realiza ECG, ritmo sinusal, frecuencia 80 latidos por minuto. No hay Q patológica en ninguna derivación. No hay alteraciones de onda T en ninguna derivación. No hay alteraciones del segmento ST en ninguna derivación”*.

Se coloca al paciente una mascarilla de oxigenoterapia, se hace constar Juicio clínico de *“sospecha de déficit neurológico por AVV”* y se le traslada al Hospital General Universitario Gregorio Marañón, con impresión del informe a las 00:27:37 h del día 25 de diciembre de 2015.

2.- A las 00:40 h el paciente llega al Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Constando *“paciente diestro de 85 años traído por SUMMA mediante activación de código ictus. Vida basal IABVD. Escala Rankin previa al ictus 0. Según refiere la familia, a las 22:30 h comienza de forma brusca a presentar cuadro de mutismo y pérdida de fuerza en extremidades izquierdas”*.

A las 00:46 h se le realiza un TAC craneal y se aprecia hipodensidad focal en el giro temporal superior derecho de aspecto isquémico crónico. No se observan alteraciones morfológicas ni de la densidad que traduzcan un evento isquémico agudo. No se observan complicaciones hemorrágicas ni desplazamiento de la línea media. Se le realiza un AngioTC craneal a las 01:05 h que informa: *“oclusión del segmento M1 derecho. Colateralidad hemisférica intermedia. Dominancia A1 izda con segmento a1 derecho de aspecto hipoplásico. Estenosis del 1/3 proximal de la arteria basilar con buena permeabilidad distal. No se observan otras alteraciones significativas”*. La impresión diagnóstica es un *“ictus isquémico en el territorio de la ACM [arteria cerebral media] derecha y oclusión de la ACM derecha segmento M1 proximal”*.

El paciente pasa a la Unidad de Ictus. Se objetiva un síndrome hemisférico derecho con afasia cruzada y tras comprobar que no existen criterios que contraindiquen el tratamiento con trombolisis intravenosa, se inicia bolo de rtPA [factor activador tisular del plasminógeno recombinante] a las 01:21 h.

A los 30 minutos del inicio del tratamiento fibrinolítico el paciente permanece en la misma situación clínica y los médicos se ponen en contacto con el Hospital Universitario 12 de Octubre para trasladar al paciente para valoración de tratamiento neurointervencionista.

3.- Se le traslada y llega al Hospital Universitario 12 de Octubre a las 03:09 h iniciándose el procedimiento a las 03:25 h. A su llegada el paciente está estuporoso, con lenguaje mutista sin emisión de sonidos ni obedece ningún tipo de orden, desviación oculocefálica hacia la derecha, paresia facial inferior izquierda, plejía de MSI, hipoestesia de extremidades izquierda, NIHSS 25 puntos. Se le realiza estudio por vía femoral derecha bajo anestesia general y se evidencia una estenosis suboclusiva en origen de la carótida interna derecha. Se realiza angioplastia observándose oclusión distal de la carótida interna a nivel

intracraneal. Se realiza aspiración de la carótida extrayéndose abundante material trombótico aunque no se restablece la circulación en la carótida interna. A través de la oclusión se pasa microcatéter observándose una oclusión prácticamente total de la carótida interna por lo que se suspende el tratamiento. Diagnóstico: *“Ictus hemisférico derecho con estenosis suboclusiva de la carótida interna en origen y distal de la carótida interna a nivel intracraneal”*. Se intenta angioplastia y aspiración del trombo sin éxito.

El día 25 de diciembre permanece en la Unidad de Reanimación del Hospital Universitario 12 de Octubre intubado y sedoanalgesiado. Hemodinámicamente estable. Inicialmente no se logra extubarle por presentar frecuentes pausas de apnea. El 26 de diciembre se le extuba sin incidencias. A la exploración persiste disminución del nivel de consciencia con desviación oculocefálica derecha, emisión de algún sonido gutural sin responder preguntas ni obedecer órdenes sencillas, debilidad facial inferior izquierda, plejía de MSI, impresiona de hipoestesia algésica severa en extremidades izquierdas. NIHSS 24. Se realiza TC de control imágenes compatibles con un infarto en evolución sin signos de transformación hemorrágica. Se inicia antiagregación.

Dada la estabilidad clínica del paciente y siguiendo el plan de atención al ictus urgente de la Comunidad de Madrid, el 27 de diciembre se le traslada al Hospital General Universitario Gregorio Marañón para continuar su seguimiento. Inicialmente por falta de camas en la Unidad de Ictus o Neurología se le traslada al Servicio de Urgencias. La familia es informada antes del traslado y se muestra de acuerdo.

El paciente presenta una mala situación clínica con evolución desfavorable durante los días posteriores falleciendo a las 06:10h del 31 de diciembre de 2015.

**TERCERO.-** Presentada la reclamación se acuerda requerir a la interesada para que acredite documentalmente la representación de su madre y hermanos o que suscriban ellos la reclamación con su firma, la relación de parentesco con el fallecido y para que concrete si el centro de salud que indicaba era de Castilla La Mancha o de titularidad privada. Asimismo se instruye el expediente conforme a lo previsto en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante, LRJ-PAC), y el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (en adelante, RPRP), que se notifica a la interesada (folios 11 a 13).

Por la reclamante se cumplimenta el requerimiento y se aporta copia del libro de familia y firma de los reclamantes, señalando que el centro de salud es de Castilla La Mancha, tras lo que se comunica la reclamación a la correduría de la aseguradora del SERMAS (folios 14 a 22).

El 15 de abril de 2016 los reclamantes solicitan información del estado del procedimiento, lo que se les facilita con escrito de fecha de salida 27 de abril (folios 91 y 92).

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 10 del RPRP, se ha incorporado al expediente el informe de la directora Médico del SUMMA 112, de fecha 17 de mayo de 2016 que adjunta los informes clínicos de atención al paciente (folios 93 a 104), en el que expone:

*“El día 24 de Diciembre de 2015 a las 22:55 horas, se recibió una primera llamada en el Servicio Coordinador de Urgencias (SCU) del SUMMA-112, que fue transferida a médico coordinador, quien asignó una Unidad de Atención Domiciliaria (UAD) con carácter urgente para la atención clínica del enfermo, registrando como datos: "Posible*



*ICTUS, habla con dificultad", el aviso quedó pendiente por no disponibilidad.*

*La llamada se reitera a las 23:19 h., 23:26 h., transfiriéndose a médico coordinador con hora registrada de "descuelgue" a las 23:21 h. y 23:28 h. respectivamente.*

*A las 23:33 horas, se recibe nuevamente una llamada codificada como reclamación queja, por lo que no es transferida a médico coordinador y finalizada desde nivel de operador.*

*A las 23:39 horas, se reitera la llamada y no es transferida a médico por resultar colgada.*

*A las 23:43 horas, se vuelve a recibir una llamada que es transferida a médico con tiempo de descuelgue menor de 1 minuto, y ante el empeoramiento de la paciente, y debido a que la unidad de UAD previamente asignada no se le pudo transmitir el aviso por no disponibilidad, se asignó una UVI móvil que se movilizó sin demora con hora registrada de llegada al domicilio las 23:56 h. y tras atención del paciente, fue trasladado al Hospital Gregario Marañón.*

*Asimismo, el día 25 de diciembre de 2015, se recibe una llamada desde el Servicio de Neurología del Hospital Gregario Marañón solicitando traslado para este paciente al Hospital 12 de Octubre para tratamiento endovascular que es gestionado y trasladado sin constar incidencias. El día 27 de diciembre de 2015 a las 14:05 horas se vuelve a recibir solicitud desde el Hospital 12 de Octubre para el traslado del paciente a su hospital de origen una vez realizado tratamiento, el cual también se gestiona y realiza sin incidencias.*

*En la primera llamada, desde el SCU por los síntomas aportados, se asignó un recurso urgente para el diagnóstico clínico de ICTUS y en base a este diagnóstico, activarse un posible código ICTUS, pero debido a las fechas del incidente, en donde existe importante demora en el conjunto del sistema sanitario, y aún con los refuerzos previstos para ello, el aviso no pudo transmitirse a la Unidad, por encontrarse todas realizando avisos previos de igual prioridad.*

*En la llamada de las 23:43 h., se alertaron de síntomas de emergencia independientemente del diagnóstico por lo que se movilizó una UVI móvil.*

*Aunque ciertamente, el tratamiento hospitalario que requiere esta enfermedad cuando tiene criterios de código ICTUS, cuanto antes sea realizado mayor beneficio, la ventana terapéutica es muy amplia en horas, es por ello que en la asistencia primaria, el envío de un tipo de recurso u otro depende de la sintomatología y en base al compromiso vital, o no, que se presente, puede ser atendido por uno u otro, es por ello que ante los primeros síntomas se movilizara un recurso de médico con carácter urgente y ante la aparición de síntomas de emergencia otra con carácter de emergencia.*

*En relación al cuelgue o demoras en las llamadas, en la tres primeras la transferencia de la misma al médico no sufrieron demoras reseñables, la cuarta al tratarse de una reclamación, no fue transferida, la siguiente de las 23:39 h, sí resultó colgada, la siguiente de las 23:43 h se atendió por médico en menos de 1 minuto y la última, a las 23:50 horas fue atendida por operador puesto que la UVI móvil ya se encontraba de camino al lugar”.*

La directora médico del SUMMA 112, con escritos de 29 de junio y 2 de agosto de 2016, adjunta CD con las grabaciones de la asistencia y transcripción de las llamadas (folios 105 a 111).

El 1 de septiembre de 2016 los reclamantes solicitan nuevamente información del estado del procedimiento, lo que se les facilita con escrito de fecha de salida 21 de septiembre. El 10 de octubre solicitan impulso del procedimiento (folios 113 a 118).

Se ha incorporado al expediente el informe de la Inspección Médico Sanitaria de fecha 2 de noviembre de 2016 (folios 112 y 119 a 128) (folios 174 a 179), que tras examinar la reclamación, la documentación obrante en el expediente, el informe del Servicio afectado y los hechos acontecidos, concluye, que *“el análisis de las actuaciones sanitarias realizadas en la atención prestada a... por profesionales del SUMMA 112 los días 24 y 25 de diciembre de 2015 permite objetivar que se produjo una respuesta cronológicamente adecuada dentro de los protocolos establecidos para esa patología con un nivel de utilización de medios, programación y desarrollo de las técnicas diagnósticas y terapéuticas irreprochables desde la más exigente lex artis profesional”*.

Los reclamantes, con diversos escritos comunican el cambio de domicilio de notificaciones, solicitan el impulso del procedimiento e información sobre su estado, lo que se les facilita con escrito notificado el 9 de octubre de 2017 (folios 129 a 138).

Obra en el expediente un informe médico pericial de dos doctoras Médico Especialistas en Neurología (folios 139 a 153), que tras analizar la asistencia prestada por el SUMMA 112 al paciente, plasmando consideraciones médicas en relación al *ictus*, al infarto cerebral maligno, y al Código Ictus (como procedimiento de actuación pre hospitalaria basado en el reconocimiento precoz de los signos y síntomas de un *ictus*, de posible naturaleza isquémica), la considera adecuada a la *lex artis ad hoc*.

Tras la incorporación al procedimiento de los anteriores informes, se ha evacuado el oportuno trámite de audiencia a los reclamantes, notificado el día 27 de octubre de 2017 (folios 154 a 156).

Por los reclamantes, se formula escrito de alegaciones, presentado el 29 de noviembre de 2017 en el registro del SERMAS, con el que se ratifican en su reclamación y muestran su disconformidad con el informe de la Inspección Médica y el médico-pericial, reprochando que no se haya unido la Historia Clínica del médico de cabecera de la localidad de Los Pozuelos de Calatrava, por lo que solicitan que se acepten sus alegaciones en la propuesta de resolución y se estime su reclamación de responsabilidad patrimonial (folios 157 a 162).

Con fecha 29 de diciembre de 2017, el viceconsejero de Sanidad formula propuesta de resolución que desestima la reclamación al considerar que no hay atisbo de *mala praxis*, sin que exista antijuridicidad del daño reclamado ni relación causal entre éste y la actuación sanitaria (folios 163 a 166).

**CUARTO.-** Por escrito del consejero de Sanidad, de 25 de enero de 2018 con registro de entrada en esta Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid el día 29 de enero de 2018, se nos formuló preceptiva consulta.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 51/18, al letrado vocal D. Roberto Pérez Sánchez, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 15 de marzo de 2018.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo está acompañado de documentación en soporte CD, adecuadamente numerada y foliada, que se considera 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, de 28 de diciembre, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros y a solicitud de un órgano legitimado para ello, según el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid (en adelante, ROFCJA), aprobado por Decreto 5/2016, de 19 de enero, del Consejo de Gobierno, (*“será recabado (...) por el Presidente de la Comunidad de Madrid, el Consejo de Gobierno o cualquiera de sus miembros”*).

**SEGUNDA.-** La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado a solicitud de interesados según consta en los antecedentes, se encuentra regulada en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC), al igual que lo hacían los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC, desarrollados en el RPRP.

La disposición transitoria tercera de la LPAC dispone que *“a los procedimientos ya iniciados antes de la entrada en vigor de la Ley no les será de aplicación la misma, rigiéndose por la normativa anterior”*, por

ello, al haberse iniciado el procedimiento de responsabilidad patrimonial con anterioridad a la entrada en vigor de la LPAC según su disposición final séptima, la tramitación se registrará por los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC, desarrollados en el RPRP.

Los interesados están legitimados activamente en tanto que sufren el daño moral por el fallecimiento de su familiar, daño que se presume conforme reiterada jurisprudencia, y consta en el expediente acreditado su parentesco por aportación del Libro de Familia. No resulta válida la representación que inicialmente se atribuía la firmante de la reclamación respecto de su madre y hermanos, al ser exigible instrumento público para su acreditación como hemos sostenido en numerosos dictámenes, sin embargo, tales interesados se adhirieron a tal reclamación haciéndola suya en escrito firmado por ellos dentro del plazo prescriptivo, como veremos, por lo que actúan en el procedimiento en nombre propio.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid como titular del servicio sanitario prestado por el SUMMA 112, cuya actuación se reprocha.

El plazo para el ejercicio de la acción indemnizatoria, es de un año, a contar desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo (*cfr.* artículo 142.5 de la LRJ-PAC). En el presente caso, producido el fallecimiento del paciente el día 31 de diciembre de 2015, la reclamación presentada el 3 de febrero de 2016 por una reclamante y la adhesión firmada en subsanación por el resto de interesados el 1 de marzo de 2016 están formuladas en plazo.

En otro orden de cosas, no se observa ningún defecto en el procedimiento tramitado, a salvo de la falta de resolución expresa de la incorporación de la documentación médica del centro de salud de Pozuelos de Calatrava, como disponen los artículos 80 de la LRJ-PAC y 9

del RPRP, no obstante lo cual y sin perjuicio de recordar al instructor la necesidad de cumplir los trámites procedimentales, coincidimos con el pronunciamiento que se incluye en la propuesta de resolución pues entendemos que su práctica resulta innecesaria en el presente caso a la vista de que se solicitó para *“atestiguar que nunca ha padecido enfermedad grave”*, y tal extremo no incide en los hechos objeto de reclamación ya que según señala la propuesta de resolución el ictus se produjo de forma sobrevenida, presentándose de forma grave y con independencia de que el paciente no tuviera antecedentes de enfermedad relevante como aducen los reclamantes. Por ello no se precisa la retroacción del procedimiento.

Asimismo, se ha recabado el informe, de acuerdo con el artículo 10 del RPRP, al Servicio afectado y el instructor del procedimiento ha solicitado informe a la Inspección Sanitaria.

Tras la incorporación de los anteriores informes, se ha dado audiencia a los reclamantes, de conformidad con los artículos 11 del RPRP, y 84 de la LRJ-PAC. Por último, se ha formulado la correspondiente propuesta de resolución, tal y como establece el artículo 12.1 en relación con el artículo 13.2 del RPRP, propuesta remitida, junto con el resto del expediente a la Comisión Jurídica Asesora para la emisión del preceptivo dictamen.

Como hemos mantenido en anteriores dictámenes, el transcurso del plazo de resolución y notificación no exime a la Administración de su obligación de resolver expresamente y sin vinculación alguna con el sentido del silencio desestimatorio producido (artículos 42.1 y 43.4.b) de la LRJ-PAC), ni en consecuencia, a esta Comisión Jurídica Asesora de informar la consulta.

**TERCERA.-** El instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración se reconoce en el art. 106.2 de la Constitución, que

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, previsión desarrollada por los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC, al igual que hoy se hace en la LPAC y en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP).

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, por todas, las Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 17 de julio de 2015 (recurso de casación 3547/2013) y 25 de mayo de 2014 (recurso de casación 5998/2011), requiere conforme a lo establecido en el art. 139 de la LRJ-PAC:

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. Así, la Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de junio de 2007 (Recurso 10231/2003), con cita de otras muchas declara que *“es doctrina jurisprudencial consolidada la que sostiene la exoneración de responsabilidad para la Administración, a pesar del carácter objetivo de la misma, cuando es la conducta del propio perjudicado, o la de un tercero, la única determinante del daño producido aunque hubiese sido incorrecto el funcionamiento del servicio público (Sentencias, entre otras, de 21 de marzo, 23 de mayo, 10 de octubre y 25 de noviembre de 1995, 25 de noviembre y 2 de diciembre*



*de 1996 , 16 de noviembre de 1998 , 20 de febrero , 13 de marzo y 29 de marzo de 1999)”.*

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 cabalmente causado por su propia conducta. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005 y las 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”.*

**CUARTA.-** En la asistencia sanitaria, 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.

En este sentido, las Sentencias del Tribunal Supremo de 27 de noviembre de 2000 (recurso nº 8252/2000), 23 de febrero de 2009 (recurso nº 7840/2004) y 29 de junio de 2011 (recurso nº 2950/2007) disponen que *“se trata, pues, de una obligación de medios, por lo que sólo cabe sancionar su indebida aplicación, sin que, en ningún caso, pueda exigirse la curación del paciente. La Administración no es en este ámbito*

*una aseguradora universal a la que quepa demandar responsabilidad por el sólo hecho de la producción de un resultado dañoso. Los ciudadanos tienen derecho a la protección de su salud (artículo 43, apartado 1, de la Constitución), esto es, a que se les garantice la asistencia y las prestaciones precisas [artículos 1 y 6, apartado 1, punto 4, de la Ley General de Sanidad y 38, apartado 1, letra a), del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social] con arreglo al estado de los conocimientos de la ciencia y de la técnica en el momento en que requieren el concurso de los servicios sanitarios (artículo 141, apartado 1, de la LRJ-PAC); nada más y nada menos”.*

La misma Sala Tercera del Tribunal Supremo, en Sentencias de 19 de julio de 2004 (recurso nº 3354/2000) y 4 de abril de 2011 (recurso de casación nº 5656/2006), afirma que “*lo que viene diciendo la jurisprudencia y de forma reiterada, es que la actividad sanitaria, tanto pública como privada, no puede nunca garantizar que el resultado va a ser el deseado, y que lo único que puede exigirse es que se actúe conforme a lo que se llama lex artis*”.

Según la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (Sección 4ª) de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación 4397/2010), la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, como reiteradamente ha señalado dicho Tribunal (por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012 (recurso de casación núm. 4229/2011) y 4 de julio de 2013, (recurso de casación núm. 2187/2010 ) 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”.*

**QUINTA.-** En el caso que nos ocupa está acreditado el fallecimiento de una persona, que provoca un “*daño moral cuya existencia no necesita prueba alguna y ha de presumirse como cierto*” (Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de noviembre de 2004 -recurso 7013/2000- y en similar sentido la Sentencia de 25 de julio de 2003 -recurso 1267/1999-) y 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.

Por otra parte, no cabe olvidar que en las reclamaciones de responsabilidad patrimonial por asistencia sanitaria es a la parte reclamante a la que incumbe, como regla general ordinaria, la carga de la prueba. Así lo entendió también el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en la Sentencia núm. 1707/2008, de 17 de septiembre, al matizar que “*corresponde al reclamante la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia se alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la lex artis médica y que ésta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama*” y en la Sentencia de 20 de septiembre de 2016 (recurso 60/2014), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

En este caso, los reclamantes no han aportado al procedimiento criterio médico o científico, avalado por profesional competente, que sirva

para acreditar técnicamente que la salud del paciente empeoró llegando a su fallecimiento por el retraso que dicen fue de dos horas y achacan a la asistencia del SUMMA 112. Por ello, debemos acudir a la documentación incorporada al expediente y a los informes obrantes en él.

La documentación obrante permite constatar que la primera llamada al SUMMA 112 comunicando el estado del paciente se produce a las 22:54 h del 24 de diciembre de 2015 y ya entonces indican al familiar que el médico irá a verle. Como señala el informe del SUMMA 112, con base en los síntomas aportados en esa llamada se asignó un recurso urgente (Unidad de Atención Domiciliaria) para el diagnóstico clínico del ictus y en base a ese diagnóstico, activar el posible código *ictus*, y no es hasta la llamada de las 23:43 h cuando se movilizó una UVI móvil –a pesar de existir llamadas anteriores alertando de que estaba peor- cuyo médico atendió al paciente a las 23:54 h; esto es, desde la primera comunicación hasta la atención medió una hora exacta.

En ese sentido, el informe de la Inspección Médica refiere que *“la comunicación del alertante es compatible, en ese momento, con un cuadro de déficit neurológico periférico y disminución del nivel de consciencia moderado, ya que el paciente entiende u obedece órdenes, por lo que el médico del centro coordinador decide enviar un médico para evaluar la situación in situ”*, y que es tras la llamada de las 23:43 h cuando se asigna la UVI, como se constata en la llamada de las 23:49 h. Tras la exploración y con diagnóstico de déficit neurológico y con oxigenoterapia se le traslada al Hospital General Universitario Gregorio Marañón donde llega a las 00:40 h.

El informe de Inspección analiza los tiempos empleados en la atención al paciente, con respecto a las indicaciones del Plan Asistencial del Ictus implantado en la Comunidad de Madrid, que le lleva a concluir,

como se ha señalado, que la actuación se ajustó a la *lex artis*. En concreto afirma que:

*“En este documento, cuya última revisión corresponde al año 2014, se establecen las distintas fases de la atención y el tiempo en el que cada una de ellas debe desarrollarse.*

*Desde el inicio de los síntomas hasta la llegada al hospital no debe transcurrir un periodo superior a las dos horas.*

*En el caso de este paciente la primera asistencia médica en el domicilio se produce a los 60 minutos del primer contacto de los familiares con el sistema sanitario y llega al hospital a los 46 minutos de dicha asistencia. Se puede afirmar que el paciente en menos de dos horas es atendido en un centro hospitalario que cumple los requisitos exigidos para los cuidados agudos del ictus que cuenta con unidad de ictus operativa 24 horas/día y los 7 días de la semana y se inicia la aplicación del protocolo específico hospitalario para esa patología.*

*Se realiza intento de trombolisis sistémica intravenosa con rtPA a las 01:21 horas (a las dos horas y media de la iniciación del cuadro clínico) que no resulta suficiente y se traslada al paciente al hospital 12 de Octubre para tratamiento endovascular. En el Plan Asistencial del Ictus se establece que en caso de precisar trombolisis sistémica el paciente debe ser atendido en un tiempo inferior a las tres horas desde el inicio de los síntomas. Como se puede objetivar en este caso la asistencia se dispensó dentro del plazo recomendado.*

*En el hospital 12 de Octubre se lleva a cabo el tratamiento neurointervencionista a las 03:25 horas (a las cuatro horas y media del inicio del cuadro clínico) para intentar restaurar la permeabilidad de carótida interna con oclusión prácticamente total que no es*

*posible, a pesar de aspirar abundante material trombótico. En el Plan asistencial del Ictus se establece que una vez realizada la indicación del tratamiento endovascular y la necesidad de traslado al Centro de Ictus con disponibilidad de neurointervencionismo, el procedimiento debe llevarse a cabo en un tiempo inferior a nueve horas desde el inicio de los síntomas. En este caso el tiempo transcurrido fue inferior a cinco horas”.*

Abunda este informe de la Inspección que:

*“El análisis de la procedencia de la asistencia dispensada en un esquema exclusivamente clínico, permite apreciar que la respuesta del Servicio Público mediante recurso domiciliario se produce en una hora exacta de tiempo y a la llegada no hay ninguna situación emergente de riesgo vital inmediato, toda vez que la situación hemodinámica y respiratoria es adecuada y el déficit neurológico central es moderado y el periférico (hemiplejia) lentamente progresivo.*

*En todo caso nos encontramos con una respuesta que permite trasladar en condiciones adecuadas al paciente a un centro con unidad de ictus en menos de las dos horas establecidas como recomendables en el Plan de Atención al Ictus urgente de la Comunidad de Madrid”.*

Es reiterada la doctrina de esta Comisión que reconoce el especial valor de la opinión de la Inspección Sanitaria tal y como reconoce el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, así la sentencia de 16 de marzo de 2017 (recurso 155/2014) recuerda que: *“Ha de tenerse en cuenta que, 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”.*

A esas consideraciones hay que sumar las incluidas en el informe pericial médico obrante en el expediente que, analiza la patología sufrida por el paciente y le lleva a concluir que no existió pérdida de oportunidad terapéutica pues su mala evolución se debió a circunstancias ajenas a la demora asistencial, en concreto afirma que *“no se produjo pérdida de oportunidad terapéutica, ya que el paciente llegó en la ventana temporal adecuada para la administración de los tratamientos específicos”,* que *“el paciente presenta un ictus extenso... siendo el pronóstico en estos casos muy desfavorable”,* así como que *“la mala evolución del paciente se debió a las características del ictus referidas, al desarrollo de infarto cerebral maligno posterior y a la edad avanzada”.*

En esta cuestión, dicho informe médico pericial refleja los tiempos empleados para las atenciones dispensadas y considera que *“la aplicación del tratamiento fibrinolítico intravenoso, como de la terapia endovascular media hora antes no hubiera supuesto ningún cambio en la evolución del paciente”.*

Ahora bien, no podemos desconocer ciertos hechos que confluyen en el caso examinado. Por una parte, que la indicación de *“Posible ICTUS, habla con dificultad”* se produjo en la primera llamada recibida en el SUMMA 112, que asignó una UAD para proceder a su diagnóstico como señala el informe de la directora Médico del SUMMA 112, de fecha 17 de mayo de 2016; no obstante lo cual, a pesar de las reiteradas llamadas que se efectuaron alertando de la no personación de un médico en el lugar en que se encontraba el paciente y del empeoramiento de éste, el SUMMA 112 no indicó a la familia que podían proceder al

desplazamiento de éste a un centro hospitalario por sus medios a pesar de conocer que por falta de disponibilidad no se había podido transmitir el aviso a dicha UAD. Así, el contenido de las comunicaciones mantenidas refleja que la familia del fallecido seguía en la creencia de que ya se había avisado a la UAD y que iba al lugar cuando no era así.

Por otra parte, que a pesar de que la primera llamada se produjo a las 22.54 h no se avisó a un recurso para el enfermo hasta las 23:43 h cuando la policía advirtió del empeoramiento del paciente como resulta del informe del SUMMA 112 cuando dice que *“el aviso no pudo transmitirse a la Unidad...”*.

Asimismo, que como se indica en el precitado informe *“...el tratamiento hospitalario que requiere esta enfermedad cuando tiene criterio de código ICTUS, cuanto antes sea realizado mayor beneficio...”*, ello, con independencia de la amplitud horaria de la ventana terapéutica. Este aspecto, ciertamente casa mal con la falta de aviso al recurso pertinente durante casi 50 minutos, ya que el aviso a otro recurso –una UVI móvil- se produjo finalmente tras la llamada de las 23:43, y la llegada al domicilio se produjo a las 23:54 h.

Otro aspecto lo constituye que el informe de la Inspección no se pronuncia en relación a los concretos tiempos de respuesta del SUMMA 112 más allá de interrelacionarlos con los de la asistencia en código ictus, mientras que, por el contrario, el informe médico pericial de 24 de febrero de 2017, con base en el Plan Director de Urgencias y Emergencias de la Comunidad de Madrid 2016-2019 indica que el 98,70% de la población de la Comunidad de Madrid tiene cobertura para la atención sanitaria urgente y de emergencia en un rango de tiempo no superior a los 20 minutos, en condiciones normales y añade que el tiempo de respuesta entre 2013 y 2015 varía entre los 15 y los 45 minutos según sea emergencia, urgencia no demorable o demorable.



Por ello, consideramos que la demora en la asistencia sanitaria domiciliaria resulta acreditada con independencia de su concreta duración, lo que ha supuesto una pérdida de oportunidad para el paciente, pues no resulta difícil entender que en una enfermedad como el *ictus*, en la que el diagnóstico y el tratamiento en el menor tiempo posible es fundamental para la curación o aumento de las expectativas de curación del paciente, la demora temporal en la asistencia domiciliaria y el traslado a centro hospitalario ha podido incidir en la agravación de la patología o menor éxito en su tratamiento, con fatal desenlace.

Como recuerda la Sentencia de la Sala Tercera del Tribunal Supremo de 28 de febrero de 2012, con cita de otras anteriores de 25 de junio de 2010 o de 23 septiembre de 2010:

*“Esta privación de expectativas, denominada por nuestra jurisprudencia de “pérdida de oportunidad”... se concreta en que basta con cierta probabilidad de que la actuación médica pudiera evitar el daño, aunque no quepa afirmarlo con certeza para que proceda la indemnización por la totalidad del daño sufrido, pero sí para reconocerla en una cifra que estimativamente tenga en cuenta la pérdida de posibilidades de curación que el paciente sufrió como consecuencia de ese diagnóstico tardío de su enfermedad, pues, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación) los ciudadanos deben contar frente a sus servicios públicos de la salud con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica pone a disposición de las administraciones sanitarias”.*

En cuanto a los presupuestos para la aplicación de esta doctrina, la Sala Tercera del Tribunal Supremo, en la sentencias de 13 de julio de

2005 y 12 de julio de 2007, expresa que *“para que la pérdida de oportunidad pueda ser apreciada debe deducirse ello de una situación relevante, bien derivada de la actuación médica que evidencie mala praxis o actuación contra protocolo o bien de otros extremos como pueda ser una simple sintomatología evidente indicativa de que se actuó incorrectamente o con omisión de medios”*.

En este caso, la demora impidió proporcionar al paciente un tratamiento en menos tiempo de lo que se hizo, con una probable mejor evolución, por lo que se le ha perjudicado en cuanto a sus expectativas de curación, por más que se desconozca cuáles hubieran sido éstas en el caso de haberse recibido el tratamiento con antelación. Por ello, existió una infracción de la *lex artis* que no debió soportar el paciente, con independencia de que no se haya podido acreditar que ante un diagnóstico y consecuente tratamiento en menor tiempo, conforme a protocolos, el resultado hubiera sido sustancialmente diferente.

**SEXTA.-** Sentado lo anterior, procede por exigencias de lo dispuesto en el artículo 12 del RPRP, pronunciarse sobre la concreta valoración de los daños solicitados.

Los reclamantes solicitan una indemnización de 56.000 euros.

En los casos de responsabilidad por apreciar la concurrencia de una pérdida de oportunidad, el objeto de reparación no es el daño final, sino un daño moral, precisamente el perjuicio proporcional a la pérdida de oportunidad sufrida, valorando en qué medida con una actuación a tiempo se hubiera producido un resultado final distinto y más favorable para el paciente. Consecuentemente, la indemnización es inferior al daño real sufrido y proporcional a las expectativas de éxito de la oportunidad que se perdió.

La sentencia del Tribunal Supremo de 25 de mayo de 2016 (recurso 2396/2014) recuerda que en la pérdida de oportunidad no se indemniza la totalidad del perjuicio sufrido, sino que precisamente ha de valorarse la incertidumbre acerca de que la actuación médica omitida, en este caso en tiempo, pudiera haber evitado o minorado el daño. Hay que valorar dos elementos de difícil concreción como son el grado de probabilidad de que se hubiera producido el efecto beneficioso y el grado, entidad o alcance de este mismo (sentencias del Tribunal Supremo, Sala 3º, de 19 de octubre de 2011 (recurso de casación nº 5893/2006) y de 22 de mayo de 2012 (recurso de casación nº 2755/2010), y sentencia, Sala 4ª, de 3 de diciembre de 2012 dictada en el recurso de casación para la unificación de doctrina nº 815/2012).

Es importante señalar, que normalmente la pérdida de oportunidad resulta de difícil o incierta apreciación en la mayoría de las ocasiones, pues se trata en realidad de una hipótesis o conjetura de lo que hubiera pasado si se hubiera actuado de otro modo, por lo que hay que acudir a las circunstancias concretas del caso y su valoración.

En este caso, tras ponderar las circunstancias del asunto examinado, teniendo en cuenta que de haberse efectuado la asistencia correctamente, se le habría aplicado el tratamiento antes, con un posible aumento de las expectativas de curación del paciente, esta Comisión Jurídica Asesora considera adecuado reconocer una cantidad global de 6.000 euros.

Consideramos más acertado reconocer una cantidad global y no aplicar el baremo establecido para los accidentes de tráfico, pues entendemos que los conceptos que se recogen en el baremo no encuentran encaje para indemnizar el caso que nos ocupa. En este punto cabe traer a colación la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 15 de junio de 2016 (recurso 306/2013) en la que

en un caso de pérdida de oportunidad rechaza la aplicación del baremo respecto al que destaca *“que según la doctrina jurisprudencial de la Sala Tercera...no tiene carácter vinculante, pues de acuerdo con la doctrina consolidada de esta Sala, antes citada, su aplicación se efectúa a efectos orientadores o analógicos, sin que limite las facultades de la Sala en orden a la concreción de la indemnización que estime aplicable para procurar la indemnidad del perjudicado, en atención a las circunstancias concurrentes”*. La Sentencia opta por la valoración global del daño, acogiendo doctrina del Tribunal Supremo (Sentencia de 17 de julio de 2014, Sec. 4ª, recurso 3724/2012) en la que se dice que *"la Jurisprudencia ha optado por efectuar una valoración global que, a tenor de la STS 3 de enero de 1990, derive de una "apreciación racional aunque no matemática" pues, como refiere la Sentencia del mismo Alto Tribunal de 27 de noviembre de 1993, se "carece de parámetros o módulos objetivos", debiendo ponderarse todas las circunstancias concurrentes en el caso, incluyendo en ocasiones en dicha suma total el conjunto de perjuicios de toda índole causados, aun reconociendo, como hace la S 23 de febrero de 1988, "las dificultades que comporta la conversión de circunstancias complejas y subjetivas" en una suma dineraria"*.

También el Consejo Consultivo optó por el reconocimiento de una indemnización por una cantidad global en los casos de pérdida de oportunidad en sus dictámenes 91/14 y 187/15, entre otros, y esta Comisión Jurídica Asesora lo ha hecho en sus dictámenes 400/16, de 15 de septiembre, 508/16, de 10 de noviembre, 133/17 de 30 de marzo y 146/17, de 6 de abril, entre otros.

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

## **CONCLUSIÓN**

Procede estimar la reclamación de responsabilidad patrimonial por apreciarse una pérdida de oportunidad en la asistencia sanitaria prestada al paciente, y reconocer una indemnización de 6.000 euros a los reclamantes.

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 15 de marzo de 2018

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 131/18

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid