

Dictamen nº: **406/18**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **13.09.18**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 13 de septiembre 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 promovido por Dña. ...., D. .... y D. .... (en adelante, “*los reclamantes*” o “*los interesados*”), en relación con el fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, D. .... (en adelante, “*el paciente*”), que atribuyen al retraso asistencial del SUMMA 112.

## **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Por escrito presentado en una oficina de Correos el día 30 de junio de 2016, los reclamantes antes citados, tras reflejar como antecedentes que por una sentencia del año 2015 se les reconoció el abono de una indemnización por mala praxis sanitaria en relación a concretas asistencias al paciente en el año 2008, refieren que sobre las 2:10 h del día 19 de agosto de 2015, la reclamante detectó en su marido un malestar que le llevó a pensar que estaba sufriendo un ictus por lo que llamó al SUMMA 112 comunicando su situación y antecedentes, poniendo énfasis en la necesidad de que acudieran dos personas por el

estado y corpulencia de su marido, que aunque estaba consciente no podía mantenerse en pie ni colaborar, así como por la existencia de escalones desde el dormitorio a la salida de su domicilio.

Señalan que tuvieron que hacer tres llamadas más hasta que se personó la ambulancia sobre las 3:10 h, estando el paciente ya inconsciente, sin que estuviera presente ningún médico, teniendo la reclamante que ayudar a los técnicos sanitarios para subir la escalera e introducir a su marido en la ambulancia.

A dicha insuficiencia de personal y el retraso en acudir la ambulancia, se suma el que dicha unidad se perdiera y tardara más de una hora en llegar al Hospital Puerta de Hierro que dista 9,1 Km. de su domicilio, fijándose la entrada en el Servicio de Urgencias de dicho centro a las 4:16 h, donde permaneció hasta las 5:14 h en que ingresó en la UCI y se mantuvo hasta el 29 de agosto en que se produjo su fallecimiento.

Indican que el fallecimiento les causó un impacto emocional y psicológico por las circunstancias que lo rodearon, a lo que se suma el sufrimiento que para la reclamante supuso el periodo de ingreso y que los médicos dejaran en sus manos la decisión de desconectar el soporte vital del paciente al descartarse cualquier posibilidad de recuperación o mejoría.

Añaden que a raíz de los hechos la reclamante se encuentra en tratamiento con antidepresivos por no poder encajar cómo ante el péssimo y lento servicio prestado por el SUMMA112, los médicos que atendieron a su marido no pudieron hacer nada por salvarle la vida, ya que nada más hacerle el TAC en el Servicio de Urgencias los médicos le dijeron que no se podía hacer nada y le recomendaron que fuera llamando a la familia.

Refieren que es posible que si el traslado se hubiera hecho más rápidamente, el derrame cerebral no hubiera sido tan masivo y en consecuencia, las lesiones no hubieran revestido tanta gravedad.

Afirman que todo lo acontecido ha producido un perjuicio patrimonial en la economía familiar al dejarse de percibir por el paciente sus ingresos en concepto de pensión, así como que entienden que existe relación de causalidad con la inicial negligencia padecida, resultando la muerte del paciente un mayor perjuicio del reconocido por la sentencia, por cuanto que es una consecuencia de la deficiente atención inicial recibida la causación del óbito por la misma patología.

Aportan copias del libro de familia; de la sentencia de 22 de diciembre de 2015 de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid dictada en el Procedimiento Ordinario 352/2013; plano que reseña un tiempo de 13 min de desplazamiento del domicilio de los reclamantes al hospital; copias de escritos dirigidos a una compañía telefónica para obtener listado de llamadas al SUMMA 112; justificantes de asistencia sanitaria y hospitalización del paciente que reflejan las horas que indican en su reclamación; certificado de defunción del paciente; así como informe de salud de Atención Primaria de la reclamante en que se reseña un antecedente por depresión en el año 2010; que solicitan que se unan como prueba documental, así como que se practique documental de la asistencia del SUMMA 112 y testifical de la reclamante y de los operarios del SUMMA 112 que intervinieron.

Solicitan una indemnización con base en el baremo previsto para los accidentes de tráfico, de 115.035,21 € para la reclamante, 19.172,54 € para cada uno de los hijos, 60.000 € por daños morales y el factor de corrección del 10% en todas las cantidades (folios 1 a 108 del expediente administrativo).

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

1.- El 19 de agosto de 2015, el paciente que se encontraba en el domicilio familiar, sito en la localidad de Las Rozas, se siente mal y su esposa llama al 112 a las 2:45 h, cuyo operador transfiere la llamada al SUMMA indicando “*varón de 62 años con antecedentes de ictus, que posiblemente le está repitiendo, no habla bien y no se tiene en pie*”. El operador del SUMMA habla con la reclamante que le indica ante sus preguntas que “*no se sujetaba sentado en la cama siquiera, está sudando y tiene náuseas*”, que no tiene dolor y que se le traba la lengua hablando con dificultad. A continuación la reclamante habla con el médico coordinador a quien repite que habla con dificultad, que está sudando sin sujetarse sentado y que no se sostiene, así como que ha tenido varios derrames cerebrales con secuelas de daño cerebral, neumonías, insuficiencia cardiaca e insuficiencia pulmonar, por lo que el médico le indica “*vale, vamos para allá, va una ambulancia para allá para llevárselo al hospital*” y la reclamante precisa que “*necesita silla de transporte*”.

A las 2:52 h el SUMMA se pasa aviso a la empresa que presta el servicio, que moviliza a las 2:58 h un soporte vital básico (SVB) que estaba ubicado en la localidad de El Escorial.

A las 3:01 h la esposa vuelve a llamar al 112 y el operador del SUMMA le informa que la ambulancia está en camino.

Realiza otra llamada a las 3:17 h y le indican que la ambulancia está movilizada y que se mantenga atenta al teléfono o telefonillo, contestando ante la pregunta de si el paciente estaba empeorando que está “*muy poco consciente*”, que vive en un dúplex con escaleras y haría falta que fuera más de una persona; a continuación vuelve a hablar con el médico al que indica que “*...he llamado hace un ratito, porque creo que*

*le está dando un ictus a mi marido*”, así como que “*no ha llegado a ponerse en pie, es que no se sujetaba*”, y que la ambulancia vaya con oxígeno, refiriendo el médico que todas las ambulancias llevan y que “*van de camino al domicilio*”.

A las 3:37 h la reclamante llama de nuevo al 112 a cuyo operador le dice que ve a una ambulancia dando vueltas, que su calle es privada difícil de encontrar y que deben avisar a la ambulancia para que aparque en determinado parking de superficie de un restaurante, lo que transmite al médico con quien habla de nuevo la reclamante tras pasárselo el operador del SUMMA.

A las 3:41 h llega la ambulancia al domicilio, poniendo en marcha el conductor y el camillero los recursos disponibles (oxígeno, mascarilla...), llaman al centro coordinador para informar del estado del paciente, que se encontraba inconsciente, solicitando un soporte vital avanzado (SVA - UVI móvil), pero el centro les solicita que lo trasladen en su ambulancia, ante lo que salen del domicilio con el paciente a las 4:07 y llegan al Hospital Puerta de Hierro a las 4:16 h, donde se hace cargo el Servicio de Urgencias.

En dicho Servicio de Urgencias se valora al paciente que llega en coma GCS 3/15, TA 175/80 mmHg en ritmo de marcapasos y se le realiza un TAC con el que se comprueba una “*extensa hemorragia intraventricular a todos los niveles...*”, llegándose al juicio clínico de hemorragia ventricular masiva GRAEB 10, tras lo que se avisa a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) donde permanece hasta el día 29 de agosto de 2015, en que tiene lugar su fallecimiento.

2.- La situación previa del paciente comprendía numerosos antecedentes personales que incluían los relativos al aparato circulatorio, así, una “*hipertensión arterial*” de difícil control desde el año 1990, “*cardiopatía valvular reumática*” que precisa una “*comisurectomía*”

y posterior “*recambio valvular mitral*” en 1998, fecha en que presentó ya un “accidente isquémico” transitorio, tratamiento con “*antihipertensivos*” en el año 2009, “*fibrilación auricular crónica*” en seguimiento por el Servicio de Cardiología que le implanta “*marcapasos*” por “*braquicardia*” en 2009. Por la prótesis mecánica y la fibrilación se encontraba en tratamiento anticoagulante.

En agosto de 2008 sufre un “*traumatismo craneoencefálico (TCE) grave*”, con contusiones cerebrales hemorrágicas que requirieron “*craniectomía descompresiva*”, ingreso en la UCI del Hospital Puerta de Hierro con múltiples complicaciones respiratorias. Como secuela: “*encefalopatía de grado moderado...*, con anomalías epileptiformes moderadamente persistentes”. En 2009 acude al Servicio de Urgencias por episodio de “*epistaxis autolimitada*” y en 2010 por “*hematoma palpebral derecho*”. El 14 de octubre de 2010 ingresa en la UCI por cuadro confusional y el TAC urgente evidencia “*sangrado intraventricular...*” por lo que el Servicio de Neurocirugía le coloca un drenaje intraventricular, diagnosticándose “*hemorragia intraventricular /DIV3*”.

En noviembre de 2011, presenta deterioro cognitivo de origen vascular en seguimiento por el servicio de Neurología. El 19 de octubre de 2014 sufre un “*traumatismo craneoencefálico*” leve, presentando en el TAC “*hematoma subdural...*” y tras estudios se le coloca, en el mes de noviembre, una “*derivación ventrículo peritoneal*” mediante trépano frontal y laparotomía paraumbilical izquierda.

En seguimiento por el Servicio de Cardiología, tiene un primer episodio de “*insuficiencia cardiaca congestiva*” sin claro desencadenante, en enero 2015, que precisó su ingreso. Durante el año 2015 también recibe atenciones por presentar “*hematoma espontáneo en el glúteo*”, por “*neumonía nosocomial*”, por episodios de “*edema agudo de pulmón*” que

precisó “*cateterismo*”, realización de “*angioplastia + stent farmacoactivo*”, por “*insuficiencia respiratoria aguda*” e “*infarto esplénico*”, entre otros.

En agosto del año 2015 se le realiza extensa evaluación psicológica. Las alteraciones que presenta le imposibilitan el que pueda llevar una vida autónoma tanto para sus actividades cotidianas como para poder desempeñar cualquier actividad laboral. Acude acompañado de su mujer, con movilidad muy reducida, en silla de ruedas y presenta trastorno de ansiedad episódica en seguimiento por el Servicio de Psiquiatría y también está en seguimiento por el Servicio de Neumología por “*insuficiencia ventilatoria mixta por lesiones cicáticas*” para lo que recibe oxigenoterapia crónica domiciliaria por “*insuficiencia ventilatoria restrictiva*”.

3.- La Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Décima, Nº 849/2015, de 22 de diciembre de 2015, dictada en ámbito del Procedimiento Ordinario 352/2013, se pronuncia sobre recurso de los reclamantes contra la Orden de la Viceconsejera de Asistencia Sanitaria por delegación del Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid de fecha 3 de Octubre de 2012, desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada ante el Servicio Madrileño de Salud por presunta mala praxis y daños derivados de la asistencia prestada por diversos centros sanitarios autonómicos en los días 2, 4, 5 y 6 de agosto de 2008, en los días posteriores al 16 de Abril de 2009, así como en el mes de octubre de 2010.

Tal Sentencia razona en su Fundamento de Derecho décimo que “*ha de estimarse parcialmente el recurso, al observarse la existencia de una pérdida de oportunidad en la inicial asistencia médica que le fue prestada a... [el paciente] el día 2 de Agosto de 2008, al no realizarse un TAC o prueba diagnóstica que atendiendo a sus antecedentes clínicos, hubiera*

*sido recomendada, pero desconociéndose si su realización hubiera puesto de manifiesto la existencia del proceso hemorrágico, que en todo caso, a pesar de su tardía manifestación, se encontraba ya instaurado sin duda, previamente, por lo que las lesiones padecidas se habrían también sin duda, de producir, dado que el evento dañoso era previo a la propia asistencia médica, pero indesvelable clínicamente en tales momentos aun habiéndose realizado tales pruebas diagnósticas; caso en el que además debe recordarse la inexistente sintomatología de existencia de un traumatismo craneoencefálico en el paciente, que acude solo a servicios de urgencias y por su propio pie, sintomatología inexistente en las ulteriores visitas a urgencias los días 4 y 5 de Agosto de 2008, en las que, dado el estado del paciente, que sólo el día 5 presenta cefalea, no se determinaba protocolariamente la realización de las mismas, considerándose que la anticoagulación del paciente no era circunstancia suficiente para considerar la realización de un TAC, pues la misma estaba o debía estar siendo controlada por su médico de familia; como se ha expresado, con independencia de la discusión clínica del concepto de TCE, atendiendo al traumatismo facial del paciente, y teniendo en cuenta sus antecedentes, parece que resultaba recomendable por aquellos, ora la vigilancia hospitalaria del paciente, ora la realización de un temprano TAC, que no se realizó por la falta de sintomatología, pero cuya realización en su caso, parece que no hubiera arrojado datos clínicos de entidad. Motivos por los que la Sala, en la apreciación de la escasa pérdida de oportunidad acaecida, considera ajustado declarar el derecho a una indemnización en cuantía de 12.000 euros en tal particular, dado que en cuanto a las lesiones por las que se reclama, tales como la realización de craniectomía y posterior craneoplastia, las mismas se hubieran producido igualmente o se desconoce cuál hubiera sido su alcance; en igual sentido respecto de la monoparesia lateral (miembro superior) izquierda leve".*

*Añade en su fundamento undécimo que "Ahora bien, de todo lo actuado en esta Sede y en vía administrativa, ha de observarse, que, no*

*existe un título de imputación pleno para la declaración de la pretendida responsabilidad patrimonial respecto de otras concretas reclamaciones realizadas por los demandantes... ”, y se pronuncia respecto de ellas, y en particular por lo que se refiere a un episodio cerebral en el año 2010, que: “En igual sentido, responsabilidad alguna se puede reprochar a la Administración en relación con el episodio cerebral sufrido por el paciente el día 14 de Octubre de 2010, respecto del que conexión alguna se ha acreditado existe, en relación con la producción del hematoma subdural en el año 2008, caso en el que, producida la sanidad de la primigenia lesión con el alta laboral el día 14 de Diciembre de 2009, se aparece entonces como un episodio posterior que en todo caso tiene relación con los propios antecedentes de..., y en concreto, con el suministro y dosis de la medicamentos anticoagulante que antes de aquel suceso ya recibía, ello con base en el informe antes citado emitido por la Inspección Médica, sin que la pericia aportada por los actores en este supuesto, haya logrado explicar y fundamentar dicha relación de causalidad, basándose las afirmaciones contenidas en tal informe, en meras especulaciones y afirmaciones que no se acompañan de probanza concreta de tal pretendida causalidad”.*

La sentencia indica en su Fundamento duodécimo que “*procede por ello estimar parcialmente la reclamación que nos ocupa en el sentido de declarar el derecho de la parte actora a una indemnización en cuantía de 12.000 euros con base en la expresada pérdida de oportunidad, cuantía que aprecia la Sala, aparece como proporcionada al daño sufrido. Desestimándose el resto de pretensiones indemnizatorias de los reclamantes*”, lo que determina el fallo estimatorio parcial de la sentencia dictada.

**TERCERO.-** Presentada la reclamación 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), con comunicación dirigida a los reclamantes (folio 109).

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 10 del RPRP, se han incorporado al expediente los informes de la directora médica del SUMMA 112, de fechas 16 y 28 de septiembre y 2 de diciembre de 2016 que adjuntan informe de la empresa que prestó el servicio de transporte sanitario objeto de reproche y transcripción de las llamadas telefónicas relativas a los hechos (folios 1214 a 1227), el primero expone:

*“El día 19 de agosto de 2015 a las 02:47 horas, se recibió una llamada en el Servicio Coordinador de Urgencias (SCU) del SUMMA-112 alertando de paciente con “disartria, ataxia, AP:ACV, secuelas, pobre movilidad”, la llamada fue atendida por médico coordinador que asignó un recurso de transporte sanitario con carácter urgente para el traslado del paciente al hospital. Desde el SCU, el aviso fue transmitido a la unidad a las 02:52 horas, teniendo hora registrada de llegada al domicilio a las 03:40 horas. Este recurso fue asignado con dos técnicos.*

*A las 03:02 horas, se reitera la llamada informando desde el SCU de que el recurso va de camino al lugar.*

*Asimismo, a las 03: 18 y 03:38 horas se reitera nuevamente la llamada aportándose la misma información, tras la llegada al domicilio, según los datos registrados, la ambulancia tiene hora de llegada al hospital a las 04: 16 horas.*

(...)

*En este caso, por los síntomas aportados en la primera llamada y acorde a las Guías Clínicas sobre el manejo de un ICTUS, el paciente no presentaba criterios de inclusión de revascularización precoz (Código ICTUS), por lo que el recurso a asignar y su prioridad es dependiente sólo de la clínica presentada, siendo adecuado el recurso de una ambulancia con dos técnicos con prioridad urgente.*

*La ambulancia disponible en ese momento, fue la sita en la localidad de El Escorial, por lo que la hora de llegada al lugar es dependiente del recorrido realizado.*

*La ambulancia gestionada que atendió y trasladó al paciente pertenece a la empresa Ferrovial-Eurolimp, S.A., a la cual se le ha solicitado informe de lo ocurrido que se adjunta”.*

El informe de la empresa de transporte sanitario, de fecha 31 de agosto de 2016, consideró su actuación correcta, refleja la recepción del aviso a las 2:52 h e indica:

*“...tal y como se puede verificar en el “Parte de trabajo transporte sanitario”, del día 18 de agosto de 2.015, a las 2:58 am (Clave 2) se movilizó una ambulancia una vez recibida la llamada del SUMMA 112 solicitándonos el servicio de asistencia 117. La ambulancia estaba ubicada en el Escorial y el servicio solicitado era para la calle... (Las Rozas), es decir, a más de 30 km de donde se encontraba la ambulancia. La ambulancia, teniendo en cuenta la distancia, llegó al destino a las 3:41 (clave 3), y no a las 3:10 tal y como erróneamente alega la denunciante. Asimismo, tal y como declaran el conductor y el camillero se pusieron en marcha los dispositivos necesarios.*

*Una vez la ambulancia en el domicilio, y remitiéndonos a lo declarado por el conductor y camillero en el parte de incidencia que consta en el*

*expediente, se dirigen a la habitación del paciente con todos los materiales que dispone la ambulancia (oxígeno, mascarilla,...)*

*Además, llaman al Centro Coordinador para informar del estado del paciente solicitando un soporte vital avanzado, pero finalmente el Centro Coordinador les solicita que lo traslade su ambulancia.*

*Asimismo, para introducir al paciente en la ambulancia primero utilizan la silla de transporte y posteriormente la camilla, administrándole en todo momento al paciente oxígeno, sin que en ningún caso se haya necesitado ayuda por parte de la denunciante para subirlo a la ambulancia, tal y como erróneamente alega.*

*Por otro lado, el tiempo que se tardó en llevar al paciente desde su domicilio, hasta el Hospital de Puerta de Hierro fueron 9 minutos, y no una hora tal y como vuelve de nuevo la denunciante a afirmar erróneamente. Como se puede comprobar en el parte de trabajo, a las 4:07 am la ambulancia sale del domicilio del paciente (Clave 4) y a las 4:16 am se llega al Hospital (Clave 5), finalizando nuestro servicio a las 4.33.*

*Por lo tanto, no existe incumplimiento alguno en la prestación del servicio asistencial por parte de mi representada, no siendo ciertas determinadas afirmaciones que hace la parte denunciante, tal y como se puede corroborar tanto en el parte de trabajo como en la comunicación de incidencias suscrita por el conductor y el camillero".*

El segundo informe de la directora médica del SUMMA 112, adjunta transcripción de las llamadas, mientras que el tercero se emite a petición de la Inspección Médica que inquiría sobre el parte de trabajo de la referida empresa, la grabación o transcripción de la conversación entre el personal de la ambulancia y el centro coordinador, así como del lugar en el que se encontraban los Servicios de Soporte Vital Avanzado más

cercanos al domicilio del paciente, a las 02:47 h y a las 03:17 h. El tercer informe adjunta el parte de trabajo y señala que:

*“Los audios correspondientes a conversaciones entre profesionales, en este caso entre personal del Servicio Coordinador de Urgencias (SCU) y personal de la ambulancia, no siempre se realiza a través de un sistema de grabación por ser más rápidos o fáciles otros medios como la emisora o la telefonía móvil. En este caso, no se encuentra registro de audio correspondiente a la conversación solicitada.*

*El tipo de recurso asignado en este caso es de Soporte Vital Básico (SVB). Otros de este tipo más cercanos al lugar eran:*

- *D209: ocupado por llamada con hora 02:40 h. incidente con nº 109. Ocupado por llamada con hora 03:08 h. incidente con nº 124.*
- *D223: ocupado por llamada con hora 02: 17 h. incidente con nº 85. Ocupado por llamada con hora 02:40 h. incidente con nº 110”.*

A la vista de este último informe, la Inspección Médica requiere nuevamente al SUMMA 112 con fecha 12 de diciembre de 2016 para que informe en relación al “Soporte Vital Avanzado”, así como “*información sobre el criterio que se utilizó para no enviar una UVI móvil al domicilio del paciente, a pesar de ser requerida por el personal de la Ambulancia, una vez que dichos Técnicos comprueban el estado de inconsciencia del paciente*” (folio 1228).

Obra en el expediente un informe del jefe de Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Puerta de Hierro, de fecha 1 de agosto de 2016, en el que, después de señalar que no analizan los problemas en relación al traslado del paciente, indica que:

*“Los antecedentes neurológicos descritos en los seis informes emitidos por este Servicio de Medicina Intensiva (traumatismo cráneo-encefálico, hematoma subdural crónico, hemorragia intraventricular e hidrocefalia), junto a la hipertensión arterial y la anticoagulación por ser portador de prótesis mitral, y presentar fibrilación auricular, son suficientes para considerar como probable un accidente cerebrovascular grave, como la hemorragia intraventricular que se diagnosticó en el último ingreso del [paciente]. Se trataba de un nuevo episodio que fue masivo por cuanto el paciente entró en coma con rapidez.*

*En este tipo de patología no hay intervención posible para controlar la hemorragia.*

*Tan solo se practica drenaje intraventricular cuando hay compromiso de vida por hipertensión intracraneal. En este caso, el paciente portaba un drenaje ventrículo-peritoneal, que debió obstruirse por el sangrado. Por este motivo se colocó un nuevo drenaje ventricular y un segundo drenaje por obstrucción del anterior.*

*En la hemorragia intraventricular previa que ocurrió en octubre de 2010, el deterioro clínico fue mucho más lento (calculó que más de 12 horas) y menos profundo. En este caso fue rápido y masivo, por entrar en coma en una hora.*

*La anticoagulación se encontraba en los niveles adecuados a su patología. No obstante, se administraron por dos veces complejo protrombínico y plaquetas para normalizar la coagulación.*

*Un traslado más rápido del paciente desde su domicilio al hospital, no hubiera modificado el curso fatal de la enfermedad”.*

Añade que es falso como se indica en la reclamación, que dejaran en manos de la familia la decisión de desconectar el soporte vital del paciente y explica cómo se actuó en relación a la “*Limitación del Tratamiento de Soporte Vital (LTSV)*” ante lo irreversible de la situación del paciente (folios 1206 y 1207).

Se ha incorporado al expediente el informe de la Inspección Médico Sanitaria de fecha 9 de febrero de 2017 (folios 1463 a 1483), que tras examinar la reclamación, la documentación obrante en el expediente, el informe del servicio afectado, los de otros servicios y los hechos acontecidos, concluye, que:

*“El tiempo que se tardó en atender esta emergencia médica puede considerarse excesivo. Los recursos extra hospitalarios que se utilizaron no fueron los adecuados.*

*A pesar de ello, debido a la gravedad de la patología, una atención más precoz y más especializada no hubiera cambiado el curso evolutivo.*

*El tratamiento realizado en Urgencias del Hospital Huerta de Hierro y en UCI del mismo centro, se ajustó en todo momento a la lex artis, así como la atención e información dispensada a la familia durante este proceso”.*

La directora médica de Coordinación y Transporte Sanitario de SUMMA 112 informa el 15 de febrero de 2017 (folios 1485 a 1490) sobre el requerimiento de la Inspección Sanitaria, que:

*“1... Los recursos de Soporte Vital Avanzado más cercanos al lugar es: UVI 17:*

- A las 02:47 horas, se encontraba de guardia en su base habitual en la localidad de Las Rozas.
- A las 03:17 horas, se encontraba de guardia en su base habitual de la localidad de Las Rozas.

2. Criterios que se utilizó para no enviar una UVI Móvil a requerimiento de la ambulancia.

*El procedimiento y práctica habitual por parte del Servicio Coordinador de Urgencias (SCU) es el envío de los recursos que el personal que está en el lugar con el paciente, así lo requiere.*

*En este caso, se ha vuelto a proceder a la búsqueda de esta llamada sin éxito, asimismo en la ficha de datos de la llamada no se refleja incidencia alguna al respecto, ni tampoco consta en el parte de trabajo de transporte sanitario que cumplimentan los técnicos de ambulancia (adjunto se remite), es por ello que se ha solicitado nuevamente a la empresa de ambulancias se informe al respecto de la afirmación que al respecto conste en el documento enviado e informe testimonial al locutor del SCU que consta atendió este incidente.*

*Adjunto se remite nuevo Informe de la Empresa... y personal técnico Locutor del Servicio Coordinador de Urgencias”.*

*El informe de la empresa refiere, entre otros, que “tras mantener reunión con la dotación que realizó el traslado nº 117, nos indican que debido al tiempo transcurrido desde el aviso en Agosto de 2015 no recuerdan los detalles con exactitud, aunque creen recordar que se informa al Centro Coordinador de Urgencias 112 del estado del paciente, recibiendo orden de traslado ya que no hay ningún Soporte Vital Avanzado disponible”. Por su parte, el locutor de SCU indica que “las*

*pautas a seguir siempre que una ambulancia solicita U.V.I le ponemos en contacto con el médico responsable del aviso, y él es el que determina si se manda U.V.I o no es necesario, de lo cual yo desconozco, ya que no recuerdo si estaba yo en ese sector u otro de los 6 compañeros. Y tampoco recuerdo si ese aviso con número 00117 fue pasado por mí”.*

Tras conocer el contenido de esos informes, la Inspección Médica emite informe complementario, de fecha 3 de marzo de 2017, con el que afirma:

*“los Servicios de Soporte Vital Avanzado (SVA) más cercanos al domicilio del paciente, a las 02:47 horas, hora de la llamada y a las 03:17, hora en la que la alertante ante la pregunta del operador del SUMMA sobre “si está empeorando “, informa que se encuentra “...muy ...muy poco consciente...”, se encontraban de Guardia en su base habitual de Las Rozas, es decir muy próxima al domicilio del paciente.*

*Esta información reafirma la primera conclusión a la que llegó en el IRP emitido de fecha 21-11-2016, al considerar que el tiempo que se tardó en atender esta emergencia médica puede considerarse excesivo y los recursos que se activaron no fueron los adecuados. Según todas las consideraciones médicas en la que me he basado se debería de haber activado un recurso, al menos medicalizado”.*

En relación a la comunicación del estado del paciente por parte del personal de la ambulancia al Servicio Coordinador de Urgencias, concluye la Inspección que *“no me ha sido posible constatar la veracidad de dichas afirmaciones al no haberme facilitado grabación de las mismas, aunque sí es conocido el estado en que se encontraba el paciente”* (folios 1484 a 1490).

Obra en el expediente un informe médico pericial de doctor Médico Especialista en Medicina Intensiva (folios 1491 a 1507), que tras analizar la historia clínica, los hechos acaecidos y plasmar diversas consideraciones médicas concluye que *“el curso de los acontecimientos que motivan la denuncia no estuvo influido por los tiempos de llegada, asistencia y traslado, sino que está intrínsecamente determinado por las características propias de un sangrado cerebral en presencia de anticoagulación y antiagregación, en un paciente con una pobre reserva funcional cerebral, reserva que resulta imprescindible para que se pueda esperar un mínimo de capacidad de recuperación frente a un evento de la gravedad de un sangrado intracraneal”*.

Tras la incorporación al procedimiento de los anteriores informes, se ha evaucado el oportuno trámite de audiencia a los reclamantes, y a la empresa que realizó el traslado del paciente (folios 1508 a 1513).

Por los reclamantes se formula escrito de alegaciones de 28 de mayo de 2018, con el que se ratifican en su reclamación y consideran que debe reconocerse un daño moral generado a la viuda por el tiempo de espera de la ambulancia y que el actual episodio de hemorragia masiva no se habría producido si el paciente no presentara una patología hemorrágica cerebral que trae consecuencia de una negligencia declarada en sentencia, debiendo ser mayormente indemnizada aquella primera negligencia (folios 1514 a 1516).

Por la empresa se formula escrito de alegaciones de 14 de mayo de 2018 en que sostienen la prescripción respecto de la misma, el cumplimiento de sus obligaciones contractuales y lo excesivo de la indemnización solicitada (folios 1517 a 1561).

Con fecha 29 de junio de 2018, el viceconsejero de Sanidad formula propuesta de resolución que desestima la reclamación al considerar que

no existe relación causal entre la actuación de los servicios sanitarios y el daño que se reclama (folios 1562 a 1565).

**CUARTO.-** Por escrito del consejero de Sanidad, de 11 de julio de 2018 con registro de entrada en esta Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid el día 16 de julio 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 358/18, 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 13 de septiembre 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 regirá 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.

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 29 de agosto de 2015, la reclamación presentada el 30 de junio de 2016 está formulada 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 petición de prueba testifical de la reclamante y de los operarios del SUMMA 112 que intervinieron, 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 y por ello, de pronunciarse expresamente sobre la prueba propuesta, entendemos que su práctica resulta innecesaria en el presente caso y no produce indefensión a los reclamantes a la vista de la documentación del expediente que refleja las actuaciones de los operarios y que los reclamantes han efectuado cuantas manifestaciones han tenido por convenientes en el procedimiento tramitado incluyendo el trámite final de audiencia tras finalizar la instrucción. Por ello no se precisa la retroacción del procedimiento, sin perjuicio de la advertencia efectuada.

Asimismo, se ha recabado el informe, de acuerdo con el artículo 10 del RPRP, a los servicios afectados 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 y a la contratista, de conformidad con los artículos 1,3 y 11 del RPRP, y artículo 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 Española, 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.

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 4<sup>a</sup>) 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 obviar 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 el fallecimiento del paciente se produjo por el retraso temporal en la asistencia del SUMMA 112. Por ello, debemos acudir a la documentación incorporada al expediente y a los informes obrantes en él para el examen del aspecto fáctico del retraso en la asistencia y de su relación con el daño aducido.

La documentación obrante permite constatar que la primera llamada de la reclamante al SUMMA 112 comunicando el estado del paciente se produce a las 2:45 h del día 19 de agosto de 2015 en que refiere los antecedentes de ictus del paciente, que no habla bien y que no se tiene en pie al no sostenerse sentado en la cama siquiera. Tales extremos se comunican al médico coordinador que dispone la movilización de un SVB, que resulta estar en la localidad de El Escorial. El lugar de prestación de asistencia se ubica en la localidad de Las Rozas.

Asimismo, entre otras llamadas efectuadas por la reclamante, la de las 3:17 h comunica al médico coordinador que el paciente estaba empeorando y estaba muy poco consciente, contestando éste que la dotación iba de camino al domicilio. No es sino hasta las 3:41 h cuando llega el SVB, cuyos operarios, a la vista del estado del paciente, que la reclamante afirma de inconsciencia, solicitan una dotación de SVA al domicilio, lo que les es denegado con orden de transporte al Hospital Puerta de Hierro, que se llevan a efecto saliendo del domicilio a las 4:07 h con llegada a dicho centro hospitalario a las 4:16 h, en que el Servicio de Urgencias se hace cargo del paciente que se encuentra en coma; esto es, desde la primera comunicación hasta la llegada del recurso del

SUMMA 112 mediaron cincuenta y seis minutos, lo que se materializó en una hora y treinta y seis minutos para la entrada del paciente en el centro hospitalario.

La documentación también permite confirmar que existían otros dos recursos de SVB, uno de los cuales estaba ocupado por otra asistencia en el momento de la primera llamada, si bien el otro no lo estaba en ese momento, no figurando en el expediente el lugar de su ubicación y distancia respecto del domicilio del paciente; también consta que existía un recurso de SVA disponible en la misma localidad en que se encontraba el paciente, tanto en el momento de la primera llamada como en la que se avisa del empeoramiento de éste.

En relación a la asistencia del SUMMA 112, el informe de la Inspección Médica examina la adecuación del tipo de recurso asignado y el tiempo empleado en la asistencia. En el primer aspecto refiere que “*en el caso de que no exista criterio para la activación del código ictus, efectivamente se debe de activar un transporte sanitario (como dice la Directora médica del SUMMA), que realizará la valoración “in situ” y si no se confirma el posible ictus, se atenderá y derivará según patología. En el caso de que se confirme se comunicará al hospital..... La valoración la tiene que realizar un médico, así como la atención. En este caso, ni pudo realizarla el personal médico, porque no se activó y a pesar de que los técnicos de transporte sanitario solicitaron una UVI móvil debido al estado del paciente, tampoco se facilitó. Independientemente de que esta actuación no influyera en el desenlace final en el caso que nos ocupa*”, indica que “*es cierto que el paciente no presentaba criterios de activación del código ictus... pero la clínica presentada iba empeorando como puede comprobarse en la conversación mantenida con el médico del SCU y como así lo comprobaron los Técnicos de emergencias al solicitar en el momento en que llegaron al domicilio una UVI móvil*”, y tras el análisis del Código ictus afirma que “*se actuó correctamente al no activar dicho código,*

*aunque esto no implica que el paciente no requiriera una asistencia acorde con su patología”.*

Por lo que se refiere al tiempo empleado en asistirle, considera que *“el tiempo utilizado fue excesivo, teniendo en cuenta la accesibilidad del municipio en el que estaba el domicilio del paciente y su proximidad a un centro hospitalario como el HPH”*.

Ambos aspectos le llevan a concluir que *“el tiempo que se tardó en atender esta emergencia médica puede considerarse excesivo. Los recursos extra hospitalarios que se utilizaron no fueron los adecuados”*. La ratificación de esa conclusión se realiza en su segundo informe tras conocer la existencia de un SVA disponible en la misma localidad de domicilio del paciente en los términos que hemos señalado. Por tanto, el funcionamiento anormal del servicio prestado por el SUMMA 112 ha quedado acreditado.

Otro parecer merece a la Inspección que se anude el fallecimiento del paciente a tal retraso asistencial, así, se hace eco del informe del Servicio de Medicina Intensiva del que destaca que *“no le cabe ninguna duda de la evolución que hubiera tenido esta hemorragia y afirma que “un traslado más rápido del paciente desde su domicilio al hospital, no hubiera modificado el curso de la fatal enfermedad”, ya que como explica y puede comprobarse en los informes que adjunta, se trataba de un nuevo episodio, que en este caso fue masivo, por cuanto el paciente entró en coma con rapidez, en una hora (a diferencia del episodio de 2010)”,* y añade que *“la intensidad de la hemorragia pudo comprobarse en el primer TC de urgencia que se le realizó, no pudiendo controlarla a pesar de los muchos esfuerzos y tratamientos que se utilizaron tal y como constan en los informes y exploraciones realizadas. Hablando desde el primer momento de hemorragia masiva, con un pronóstico nefasto según puntuación 10 en la escala de gravedad de la hemorragia intraventricular”*

*(Graeb) y con una gran afectación neurológica, plasmada en el coma profundo que presentaba desde la primera exploración (Glasgow 3-4). Por todo ello, afirma el Jefe de Sº de UCI que “no hay intervención posible para controlarla”, aunque se hizo todo lo posible para ello”. Así, tras el examen de los antecedentes del paciente, la Inspección Médica concluye que “a pesar de ello [el retraso e inadecuación asistencial del SUMMA112], debido a la gravedad de la patología, una atención más precoz y más especializada no hubiera cambiado el curso evolutivo”. Por tanto, no resulta acreditada la relación causal entre el retraso asistencial y el fallecimiento acaecido.*

Finalmente, el informe afirma en relación a la situación depresiva de la reclamante tras revisar su historia clínica, que “*la patología... no es nueva, aunque por supuesto se entiende el proceso de duelo normal de la familia*”, y sobre la afirmación de ésta de que dejaron en sus manos la decisión de desconectar el soporte vital de su marido, la Inspección expresa que “*carece de veracidad*” pues tras el examen de la historia clínica expone que “*fue una decisión muy consensuada y meditada y en todo momento la familia recibió la información adecuada en este duro proceso*”, concluyendo además que “*el tratamiento realizado en Urgencias del Hospital Huerta de Hierro y en UCI del mismo centro, se ajustó en todo momento a la lex artis, así como la atención e información dispensada a la familia durante este proceso*”.

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”.*

Por ello, como hemos señalado, consideramos acreditada una demora e inadecuación de medios en la asistencia sanitaria domiciliaria, si bien tal actuación no determinó ni llevó al fallecimiento del paciente diez días después, ya que como resulta de los informes obrantes, la hemorragia sufrida por el paciente era “*un nuevo episodio que fue masivo por cuanto el paciente entró en coma con rapidez. En este tipo de patología no hay intervención posible para controlar la hemorragia...*” “*Un traslado más rápido del paciente desde su domicilio al hospital, no hubiera modificado el curso fatal de la enfermedad*”. Por tanto, no resulta acreditada ni la relación de causalidad ni la aducida pérdida de oportunidad.

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 e inadecuación de medios del SUMMA 112 no permiten fundar expectativa de otro resultado distinto del que desgraciadamente se produjo.

En cuanto a la relación causal que se pretende establecer entre dicho fallecimiento y la pérdida de oportunidad declarada en la sentencia del año 2015 reseñada en los antecedentes de hecho del Dictamen, es de ver que tampoco se sostiene en acervo probatorio más allá de las manifestaciones de los reclamantes, debiendo llegar a la misma conclusión de falta de acreditación del nexo causal a que llegó dicha sentencia respecto de la patología presentada por el paciente en el año 2010 en relación con la asistencia dispensada en el año 2008; esto es, la hemorragia masiva y consiguiente fallecimiento es un episodio posterior que en todo caso tiene relación con los propios antecedentes del paciente, y en concreto, con el suministro y dosis de la medicamentos anticoagulante que antes del suceso objeto de examen ya recibía y sin

que se pueda ignorar la existencia de otros episodios sufridos por el paciente antes de la referida hemorragia masiva.

Por todo lo anteriormente expuesto, consideramos que únicamente cabe reconocer la existencia de un daño moral sufrido por los reclamantes en relación a la dilación de la asistencia prestada al paciente por el SUMMA 112, en tanto que su fallecimiento no guarda relación causal con la actuación reprochada.

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

Los reclamantes solicitan una indemnización de 60.000 euros para todos ellos por el daño moral derivado del fallecimiento del paciente, el de la demora asistencial y el del sufrimiento por decidir la supresión del soporte vital.

En este caso, tras ponderar las circunstancias del asunto examinado en el que a la desazón o angustia de los reclamantes propia de acontecimientos de este tipo se unía la proximidad del centro hospitalario al que finalmente se le trasladó y lo dilatado del tiempo de respuesta a pesar de haber una unidad asistencial en la misma localidad; teniendo en cuenta que dicho daño se predica únicamente respecto de la demora asistencial al paciente sin incidencia en el desgraciado desenlace, esta Comisión Jurídica Asesora considera adecuado reconocer una cantidad global de 3.000 euros.

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

## **CONCLUSIÓN**

Procede estimar parcialmente la reclamación de responsabilidad patrimonial por apreciarse un daño moral en la asistencia sanitaria prestada al paciente por el SUMMA 112 y reconocer a los reclamantes una indemnización de 3.000 euros.

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 13 de septiembre de 2018

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 406/18

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid