

Dictamen nº: **399/19**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **10.10.19**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por unanimidad en su sesión de 10 de octubre de 2019, 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 relación con la reclamación formulada por Dña. ..... (en adelante “*la hija de la reclamante*”) en representación de su madre, Dña. ..... (en adelante “*la reclamante*”) por los daños y perjuicios que atribuyen a la deficiente asistencia sanitaria prestada por el SUMMA 112.

#### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** El día 20 de septiembre de 2017, la persona citada en el encabezamiento presenta un escrito de reclamación por responsabilidad patrimonial como consecuencia de la deficiente asistencia sanitaria prestada por el SUMMA 112.

En dicho escrito expone que el día 15 de septiembre de 2016 realizaron una llamada al 112 desde el domicilio de su madre al presentar ésta síntomas específicos de ICTUS, que se pusieron en conocimiento de la persona que atendió la llamada.

Señala que ante la tardanza de la ambulancia efectuaron dos llamadas más, insistiendo en los referidos síntomas, y que finalmente llegó una ambulancia convencional sin personal médico o sanitario, salvo dos técnicos de transporte que sin informarse de la medicación que su madre había tomado, la trasladaron al Hospital Universitario 12 de Octubre donde tras las pruebas que fueron realizadas, se activó el código ictus. Precisa que en ese momento había transcurrido casi hora y media desde la primera solicitud de asistencia, y que su madre a continuación, fue trasladada al Hospital Clínico San Carlos.

El día 17 de octubre de 2016 presentó un escrito a través del Portal de la Comunidad de Madrid exigiendo una explicación sobre la falta de activación del código ictus por parte de SUMMA 112 y recibió un escrito que considera no daba contestación a su consulta. El 29 de noviembre volvió a requerir esa información y obtuvo respuesta del SUMMA 112 indicando que ante las llamadas sí se reguló como código ictus. El 22 de febrero de 2017 solicitó el informe de Urgencias al Hospital 12 de Octubre en el que se indica “*Avisan al SUMMA y una ambulancia convencional la trae al H. Doce de Octubre por ser el más cercano sin activar código ictus*”. Con fecha 24 de octubre de 2017 vuelve a remitir escrito al 112, sin haber recibido respuesta.

Considera que la asistencia sanitaria descrita fue defectuosa, que como consecuencia de la misma su madre sufrió un retraso en la retirada del coágulo cuando debería haber sido trasladada al hospital correcto desde el primer aviso que hicieron al SUMMA 112, y señala que actualmente sufre las secuelas de esa obstrucción habiendo sido valorada su dependencia con un grado cercano al 100% y “*con muy pocas por no decir ninguna expectativa de recuperación*”.

Adjunta a dicho escrito el informe de alta del Hospital Clínico San Carlos, de fecha 21 de septiembre de 2016, informe del Servicio

de Urgencias del Hospital Universitario 12 de Octubre, y copia de los escritos a que hace referencia en la reclamación.

No cuantifica el importe de la indemnización.

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

El día 15 de septiembre de 2016, a las 21.00 h, desde el domicilio de la reclamante se efectuó una llamada al 112 al presentar esta síntomas específicos de ICTUS, que se pusieron en conocimiento de la persona que atendió la llamada.

El médico coordinador asignó una ambulancia convencional, sin personal sanitario, cuya llegada al domicilio de la reclamante se produjo a las 21.22 h.

La reclamante, de 84 años de edad en el momento de los hechos, ingresó en el Servicio de Urgencias del Hospital 12 de Octubre el día 15 de septiembre de 2016 a las 21.43 h, trasladada desde su domicilio en la ambulancia convencional asignada. A su llegada se objetivó clínica compatible con TACI derecho, se realizó TC craneal sin hallazgos y angioTC y diagnóstico de “*ictus isquémico en territorio de ACA y ACM derecha por oclusión carotídea derecha desde el origen de presumible origen cardieombólico*”.

En esa misma fecha, ante la contraindicación formal para fibrinólisis intravenosa debida a la medicación anticoagulante que la reclamante había tomado ese día, previo aviso de traslado como código ictus desde el Hospital 12 de Octubre, ingresa a las 23.14h en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico San Carlos para valoración de trombectomía mecánica que se inicia a las 23.50 h y termina sin complicaciones. Ingresa en unidad de ictus para observación y es dada

de alta el día 21 de septiembre de 2016 por traslado a hospital de referencia. En el informe de alta figura como situación basal “*independiente para las actividades de la vida diaria*”, y tras la valoración al alta se especifica que es dependiente para todas las actividades.

El día 21 de septiembre de 2016 a las 18.04 h ingresa en el Servicio de Neurología Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, y recibe el alta el día 5 de noviembre de 2016.

El día 17 de octubre de 2016, la hija de la reclamante solicita a través del Portal Salud de la Comunidad de Madrid aclaración del funcionamiento del código ictus en la fase de reclamación de asistencia, sobre el traslado sin personal sanitario y en un medio sin soporte vital. Refiere que los síntomas que comunicaron en la llamada del día 15 de septiembre de 2016 evidenciaban un ictus y considera que en ese primer momento su madre no recibió la atención adecuada.

Por medio de escrito de fecha 3 de noviembre de 2016, en contestación al anterior, el SUMMA 112 señala que los vehículos se movilizan con criterios de priorizar la urgencia y según la distribución geográfica, asignando el recurso idóneo más cercano al lugar para evitar demoras innecesarias y proporcionar una asistencia hospitalaria precoz.

Por medio de escrito de fecha 15 de noviembre de 2016 la hija de la reclamante se dirige de nuevo al SUMMA 112 para manifestar que no ha sido contestada su solicitud y reclama una contestación en relación a la no activación del código ictus desde el momento en que se hicieron las llamadas desde el domicilio de su madre.

El día 1 de febrero de 2017 el SUMMA 112 contesta e informa a la hija de la reclamante que tras la descripción de los síntomas que

presentaba su madre, “*fue regulado como código ictus y se inició el protocolo de actuación para dicha patología*”, que “*por los datos que disponíamos, el medico regulador le pareció que en ese momento, lo más rápido e idóneo en ese caso, era el traslado en una ambulancia convencional*”. Añade que “*el traslado en la ambulancia fue realizado en camilla según nos informa el personal de la ambulancia, y que según el protocolo de actuación, se debería haber enviado un médico previamente al domicilio para asegurarnos que efectivamente se trataba de un código ictus, pero con la descripción que nos dieron de la sintomatología que presentaba, al médico que la atendió por teléfono le quedó claro el diagnóstico y decidió el traslado en el menor tiempo posible*”.

El 24 de febrero de 2017 la hija de la reclamante contesta y adjunta el informe del Servicio de Urgencias del Hospital 12 de Octubre en el que se indica que el código ictus fue activado de forma intrahospitalaria. Insiste en que su madre no recibió la atención médica adecuada hasta llegar al hospital, solicita que exijan responsabilidad por la falta de activación del protocolo de actuación para pacientes que sufren ictus, así como una aclaración de la información discordante respecto de la recibida del Servicio de Urgencias del Hospital 12 de Octubre. Concluye calificando de excepcional la asistencia recibida tanto en el Hospital 12 de Octubre como en el Hospital Clínico San Carlos.

**TERCERO.-** A raíz de la formulación del escrito de reclamación, se ha instruido el procedimiento de responsabilidad patrimonial conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la madre de la reclamante.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 81 de la LPAC se ha recabado el informe del SUMMA 112 y del Servicio de Neurología del Hospital 12 de Octubre.

El informe del SUMMA 112 refiere que ante síntomas compatibles de ictus, desde el Servicio Coordinador de Urgencias del SUMMA- 112 no se activa un código ictus en ningún caso puesto que esta activación precisa del diagnóstico clínico de un médico y la actividad de los médicos coordinadores no es diagnóstica. Reconoce que el procedimiento interno del SUMMA 112 aconseja que desde el Servicio Coordinador de Urgencias, además de un recurso de traslado se haga llegar también un médico precisamente para el diagnóstico clínico *in situ* de los criterios de inclusión en código ictus, y en este caso no se hizo, pero precisa que el traslado sí puede hacerse en ambulancia con personal técnico. Señala que, aunque se hubiera enviado un médico, el hospital al que se hubiera trasladado a la reclamante hubiera sido el mismo. Añade que “*evidentemente, aunque cuanto antes se ponga tratamiento específico a un ictus mucho mejor*”, la ventana terapéutica máxima contemplada actualmente para el tratamiento específico de un ictus con criterio de código ictus son nueve horas. Entiende, de acuerdo con lo expuesto que el no envío de médico por parte del SUMMA -112 no condicionó ningún retraso en el tratamiento.

En el informe del Servicio de Neurología del Hospital Universitario 12 de Octubre consta que el motivo de la consulta aparece como “código ictus intrahospitalario”, “*lo que implica que no existió un aviso previo telefónico al equipo de guardia de neurología desde fuera del centro*”.

Finalmente, el informe de la Inspección Sanitaria concluye que no se cumplió una parte del protocolo, ya que no consta que se activara código ictus extra hospitalario ni que acompañara un médico a la ambulancia que acudió al domicilio. Añade que el resto si se siguió

acorde a protocolos, que acudió al hospital de referencia de código ictus en menos de una hora desde el aviso, y tras las pruebas diagnósticas, se realizó el tratamiento de trombectomía mecánica en menos de ocho horas desde el aviso. Concluye que “*acorde a los protocolos de organización sanitaria de la Comunidad de Madrid y de la literatura médica, no hubo daño*”.

Tras la incorporación al procedimiento de los anteriores informes y de la historia clínica, se ha evacuado el oportuno trámite de audiencia.

Por medio de escrito de fecha 25 de marzo de 2019, la reclamante formula escrito de alegaciones en el que se reitera en lo ya expuesto e insiste en que la falta de activación del código ictus supuso una pérdida de tiempo en la intervención, además de una dilapidación de recursos.

Finalmente, el viceconsejero de Sanidad ha formulado propuesta de resolución de 24 de junio de 2019 en el sentido de desestimar la reclamación patrimonial.

**CUARTO.-** Por escrito del consejero de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 2 de agosto de 2019 se formuló preceptiva consulta a este órgano.

Ha correspondido su estudio, por reparto de asuntos, a la letrada vocal Dña. Laura Cebrián Herranz, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 10 de octubre de 2019.

La solicitud del dictamen fue acompañada de la documentación que se consideró suficiente.

A la vista de estos antecedentes, formulamos las siguientes

## **CONSIDERACIONES DE DERECHO**

**PRIMERA.**- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía indeterminada y a solicitud de un órgano legitimado para ello a tenor del artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por Decreto 5/2016, de 19 de enero (ROFCJA).

**SEGUNDA.**-La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada, según consta en los antecedentes, ha de ajustarse a lo dispuesto en la LPAC al haberse iniciado con posterioridad a su entrada en vigor, en virtud de lo dispuesto en la disposición transitoria tercera de esta ley.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial al amparo del artículo 4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC) en relación con el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP) y por tanto, para reclamar los daños que supuestamente le ha producido de un modo personal la asistencia sanitaria prestada.

No obstante, se observa que actúa por medio de un representante, si bien no ha acreditado debidamente la representación al haberse aportado al procedimiento un documento privado.

Como ha señalado esta Comisión en sus dictámenes 399/16 de 8 de septiembre, 430/16, de 29 de septiembre y 500/16, de 3 de noviembre, entre otros, si bien es cierto que, en el ámbito privado, el artículo 1710 del Código Civil establece que el mandato puede ser expreso o tácito, y que el expreso puede otorgarse en documento público o privado, y aun de palabra, en el ámbito del procedimiento administrativo, el artículo 5 LPAC, al igual que establecía el artículo 32 LRJ-PAC es muy explícito al exigir la acreditación de la representación. Se infiere así que los documentos privados no cumplen el requisito de fehaciencia impuesto por la normativa de procedimiento administrativo, tal como, por ejemplo, se indicó en la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana, de 1 abril de 2004 (Rec. 109/2003), que confirmaba una resolución administrativa en la que no se admitía la representación otorgada a un abogado mediante documento privado.

Hecha la anterior puntuализación y como quiera que la Administración ha entrado a conocer el fondo del asunto por entender correctamente acreditada la representación conferida, esta Comisión a pesar de considerar que existe un defecto de falta de representación, examinará la concurrencia de los requisitos para estimar, en su caso, la presencia de responsabilidad patrimonial, sin perjuicio de recordar a la Administración la necesidad de que la representación se acredite en forma adecuada.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, por cuanto el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado por el SUMMA 112.

En cuanto al plazo, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, a tenor del artículo 67.1 de la LPAC, tienen un plazo de prescripción de un año desde la producción del hecho que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo, que se contará, en el

caso de daños de carácter físico o psíquico, desde la curación o la fecha de determinación del alcance de las secuelas.

En el caso sometido a dictamen, la reclamante fue intervenida el día 16 de septiembre de 2016 y recibió el alta en el Hospital Clínico San Carlos el día 21 de septiembre de 2016. Fue trasladada al Hospital Fundación Jiménez Díaz donde permaneció ingresada hasta el día 5 de noviembre de 2016. El informe de la Inspección Sanitaria reproduce un informe de fecha 31 de marzo de 2017 de consultas externas de rehabilitación de este hospital. De esta forma, la reclamación presentada el 20 de septiembre de 2017 debe considerarse formulada dentro del plazo legalmente establecido.

El procedimiento seguido no adolece de ningún defecto de anulabilidad o nulidad, por cuanto se han llevado a cabo todas las actuaciones necesarias para alcanzar adecuadamente la finalidad procedural y, así, se han solicitado los informes preceptivos previstos en el artículo 81 LPAC.

También consta haberse solicitado informe a la Inspección Sanitaria, y se ha incorporado al procedimiento la historia clínica.

Después de la incorporación al procedimiento de los anteriores informes se ha dado audiencia a la reclamante, que ha efectuado alegaciones. Por último se ha formulado la oportuna propuesta de resolución.

**TERCERA.-** El instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración, que tiene su fundamento en el artículo 106.2 de la Constitución y su desarrollo en la actualidad tanto en la LPAC como en la LRJSP, exige, según una constante y reiterada jurisprudencia, una serie de requisitos, destacando la sentencia del Tribunal Supremo

de 28 de marzo de 2014 (recurso 4160/2011) que, conforme el artículo 32 de la LRJSP, es necesario que concurra:

- a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.
- b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal.
- c) Ausencia de fuerza mayor.
- d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta.

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

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 18 de septiembre de 2017 (recurso 787/2015), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, “en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o

*sanitaria 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, que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, 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. Así pues, sólo en el caso de que se produzca una infracción de dicha lex artis respondería la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos por lo que deberían ser soportados por el perjudicado”.*

**CUARTA.-** Del breve resumen de los presupuestos de la responsabilidad patrimonial incluidos en la consideración jurídica precedente, se deduce que no cabe plantearse una posible responsabilidad de la Administración sin la existencia de un daño real y efectivo a quien solicita ser indemnizado. En dicho sentido recordaba la sentencia del Tribunal Supremo de 1 de febrero de 2012, RC 280/2009, que

*“... la existencia de un daño real y efectivo, no traducible en meras especulaciones o expectativas, constituye el núcleo esencial de la responsabilidad patrimonial traducible en una indemnización económica individualizada, de tal manera que resulte lesionado el ámbito patrimonial del interesado que es quién a su vez ha de soportar la carga de la prueba de la realidad del daño efectivamente causado”.*

En el caso que nos ocupa la reclamante sostiene que como consecuencia de la actuación del SUMMA 112, sufrió un retraso en la retirada del coágulo, puesto que de haberse activado el código ictus

desde la primera llamada, hubiera sido trasladada al hospital correcto directamente; sin embargo, el código ictus se activó en el Hospital 12 de octubre, es decir, casi hora y media después, y desde allí se produjo el traslado al Hospital Clínico San Carlos para la práctica de la trombectomía a la que fue sometida.

Procede recordar 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, la reclamante no ha aportado al procedimiento criterio médico o científico, avalado por profesional competente, que sirva para acreditar técnicamente que su salud empeoró como consecuencia de la no activación del código ictus por parte 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 de la reclamante se produjo a las 21.00h del día 15 de septiembre de 2016 y que el médico coordinador asignó una ambulancia convencional, sin personal sanitario cuya llegada al domicilio tuvo lugar a las 21.22h. A las 22.16 h el SUMMA 112 recibe llamada del Hospital 12 de Octubre para la gestión de un traslado interhospitalario para paciente con ictus

candidato a neurointervencionismo. En el día de la fecha el hospital que está de guardia para ese tratamiento en esa zona es el Hospital Clínico San Carlos. Se cursa recurso con carácter urgente y la llegada a dicho hospital se produce a las 23.14 h, con inicio de la trombectomía a las 23.50 h.

La hija de la reclamante expone que como consecuencia de la no activación del código ictus, el traslado se produjo de forma no adecuada puesto que movilizaron a la paciente en una silla para bajar dos plantas, y a un hospital, el 12 de Octubre, donde esa noche solo se practicaba fibrinólisis, actuación que cualquier profesional hubiera descartado atendiendo a las circunstancias que presentaba su madre, como así se hizo desde el Hospital 12 de Octubre, procediendo a la activación inmediata del “código ictus” y a su traslado a un segundo hospital donde poder practicar la retirada mecánica del trombo.

Sobre el modo en que tuvo lugar el traslado sólo se pronuncia el escrito de 1 de febrero de 2017 enviado por el SUMMA 112, en el que se indica que según el personal de la ambulancia, el traslado en el vehículo fue realizado en camilla.

El informe emitido por el SUMMA 112 el 11 de septiembre de 2018 reconoce que con la llamada efectuada el día 15 de septiembre de 2016 a las 21.00h no se activó el código ictus. Contradice de esta forma lo expuesto en el escrito de 11 de febrero de 2017 en el que se afirmaba que sí fue regulado como tal código ictus, afirmación esta que, una vez constatada su falta de veracidad resulta del todo reprochable.

En cuanto al traslado al Hospital 12 de Octubre, el citado informe emitido por el SUMMA 112 precisa que aunque se hubiera enviado un médico y se hubiera activado el código ictus, se hubiera trasladado a la reclamante al Hospital 12 de Octubre en todo caso, puesto que en la

fecha del incidente, los recursos móviles (ambulancias, UVI) no trasladaban ningún código ictus directamente a las unidades de neurointervencionismo, sólo se hacían por prescripción de los médicos de hospital “*aún incluso a sabiendas de la contraindicación de fibrinólisis por tratamiento de anticoagulación*”.

Añade que en este caso, si se hubiera enviado un médico al domicilio de la reclamante, habría realizado el diagnóstico de ictus, desde el Servicio Coordinador del SUMMA-112 se habría alertado al neurólogo de guardia del Hospital 12 de Octubre donde con diagnóstico hospitalario definitivo e indicación de neurointervencionismo, se habría trasladado al Hospital Clínico.

A la vista del contenido del citado informe, surge la duda acerca de si la asistencia en el Hospital 12 de Octubre se hubiera producido con mayor celeridad de haberse activado debidamente el código ictus y haberse alertado en consecuencia al neurólogo de guardia. En este sentido el informe del Servicio de Neurología del citado Hospital especifica que “*a su llegada al centro, la paciente fue evaluada sin demora, realizando una evaluación neurológica que determinó la sospecha de un ictus*”.

El Informe de la Inspección Sanitaria refrenda el emitido por el SUMMA 112. Refiere que no se cumplió una parte del protocolo puesto que no consta que se activara el código ictus extra hospitalario ni que acompañara un médico a la ambulancia que acudió al domicilio con aviso de disartria, desviación comisura, ictus previo, consciente, pero entiende que el resto si siguió acorde a protocolos. Especifica que según los protocolos clínicos y el código ictus de la Comunidad de Madrid, ha de pasar menos de una hora para llegar al hospital -43 minutos en este caso- y que el procedimiento terapéutico trombectomía mecánica se ha de realizar en un periodo inferior a ocho horas -tres horas en este caso. Confirma que el Hospital 12 de

Octubre estaba adscrito al código ictus, y concluye que acorde a los protocolos de organización sanitaria de la Comunidad de Madrid y de la literatura médica, no hubo daño.

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”*.

Convenimos con la reclamante en 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 puede incidir en la agravación de la patología o menor éxito en su tratamiento. Sin embargo, en el presente caso, a pesar de la negligencia cometida por el SUMMA 112 al no activar el código ictus y el reproche que dicha negligencia merece, no resulta acreditado que tuviera consecuencias en el estado de salud de la reclamante.

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

## **CONCLUSIÓN**

Procede desestimar la presente reclamación al no haber quedado acreditado que la no activación del código ictus por parte del SUMMA 112 produjera un daño a la reclamante.

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 10 de octubre de 2019

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 399/19

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid