

Dictamen nº: **79/20**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **27.02.20**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por unanimidad en su sesión de 27 de febrero de 2020, 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. y D. (en adelante “*los reclamantes*”) por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su hermana Dña. por una hemorragia subaracnoidea que atribuye a la asistencia prestada por el SUMMA 112, el Centro de Salud Barcelona (Móstoles), el Hospital Universitario Rey Juan Carlos (HURJC) y el Hospital Universitario 12 de Octubre (HUDO).

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por escrito presentado en registro electrónico el 29 de enero de 2018 los reclamantes solicitaron el inicio de un procedimiento de responsabilidad patrimonial por el fallecimiento de su hermana que atribuyen a una incorrecta asistencia sanitaria prestada en los citados centros.

Exponen que su hermana, de 54 años de edad, acudió el 30 de septiembre de 2017 a Urgencias del SUMMA por un fuerte dolor de

cabeza con dolor a la palpación en la zona cervical. Se le diagnosticó cervicalgia prescribiendo paracetamol hasta que pudiese ser atendida en su centro de salud.

Al no mejorar, acudió el 1 de octubre al Hospital Universitario Rey Juan Carlos con dolor en la zona cervical y holocraneal irradiado a ambos brazos sin mejoría con AINES y yurelax. Se le realiza una radiografía de columna cervical y fue diagnosticada de contractura cervical.

Dado que no experimentaba mejoría acudió el 6 de octubre al médico de familia con el mismo resultado.

El día 7 de octubre al no contestar la llamada, acudió un familiar a su domicilio en Móstoles encontrándola tirada en el suelo, rodeada de vómitos, inmóvil y sin habla por lo que se avisó al SUMMA 112. El médico de este servicio, tras diversas preguntas le indicó textualmente *“que le diera un pellizco entre las piernas para ver si reaccionaba”* indicándosele que no y que solo movía un poco los dedos de la mano derecha.

Ante esa situación se avisó a otro familiar que se trasladó desde Rivas-Vaciamadrid sin que hubiera llegado ninguna ambulancia pese a haber contactado con el SUMMA entre tres y cuatro veces más.

A las 16.02 horas se volvió a telefonar al SUMMA solicitando una UVI móvil que llegó al domicilio a veinticinco minutos después de esta última llamada.

Según el SUMMA se encontraba estuporosa, a veces con ronquido, dificultad en el habla, hemiplejia izquierda, anisocoria pupilar sin reactividad y palabras incoherentes, activándose el código ictus.

Es trasladada al HUDO siendo atendida por el Servicio de Neurología en un box avisando a Medicina Intensiva al presentar el escáner una hemorragia intracraneal con gran deterioro neurológico. Es trasladada a un box vital donde es intubada y se la traslada de forma urgente a quirófano de Neurocirugía si bien se le causa un neumotórax que empeora su situación.

Se realiza una craneotomía con evacuación del hematoma si bien persiste la midriasis derecha con aparición brusca de bradicardia mostrando el TAC un gran sangrado secundario a aneurisma con herniación muy importante.

Tras valorarse de nuevo se descartó reintervenir y en los días siguientes evolucionó a muerte encefálica que se produjo a las 11.00 horas del día 9 de octubre con el diagnóstico final de hemorragia subaracnoidea secundaria a aneurisma de ACM derecha, neumotórax iatrogénico y muerte encefálica.

Consideran que la atención sanitaria fue incorrecta al no realizarse pruebas (Angiotac, analíticas, exploración neurológica) ni tan siquiera una anamnesis completa que hubieran podido diagnosticar la enfermedad.

Especialmente destacan la inadecuada actuación del SUMMA que tardó más de hora y media en acudir con el resultado del fallecimiento de una persona de 54 años.

Reclaman una indemnización por importe de 50.000 euros.

Aportan fotocopias del Libro de Familia y diversa documentación médica.

SEGUNDO.- En relación con el contenido de la reclamación, la consulta del expediente administrativo al que se han incorporado las

historias clínicas de Atención Primaria del HUPA y del HULP ha puesto de manifiesto los siguientes hechos.

La hermana de los reclamantes, nacida en 1963, acude a la SUAP 19 del SUMMA 112 el 30 de septiembre de 2017 a las 19.37 horas por cefalea/cefalalgia con episodios previos. Presenta dolor a la palpación en zona cervical. Se diagnostica cervicalgia y se proporciona paracetamol hasta que pueda acudir a su centro de salud (folio 22).

Acudió al Urgencias del HURJC el 1 de octubre a las 11 h. Se realiza anamnesis según la cual acude por dolor en zona cervical y holocraneal desde hace dos días, sin mejoría con AINES y Yurelax, tras un mal movimiento, además de que el dolor se irradia a ambos brazos.

En la exploración física se hace constar: *"No apofisalgias, dolor paravertebral y trapecios. Fuerza muscular y sensibilidad conservada, marcha sin alteraciones"*. Se realiza una radiografía de columna cervical que se informa como cuerpos vertebrales de altura normal, cambios degenerativos osteodiscales en C5-C6 con pérdida de altura de los espacios intersomáticos, esclerosis de platillos y osteofitosis marginal (folio 55).

Se diagnostica contractura cervical. Se recomienda abundante ingesta hídrica, reposo relativo, calor local y tratamiento con Enantyum, Metamizol, Yurelax y Omeprazol, control por Atención Primaria y si apareciese nueva sintomatología acudir a Urgencias (folio 53).

El 6 de octubre de 2017 acude a su médico de Atención Primaria en el Centro de Salud Barcelona (Móstoles). Se hace constar como descripción del proceso *"cervicalgia"*. Se reproduce parcialmente el informe de Urgencias y se prescribe enantyum (folios 41-42).

El día 7 de octubre de 2017 se solicita asistencia al SUMMA 112. Por su importancia se reproducen literalmente las conversaciones telefónicas:

7 DE OCTUBRE DE 2017 - 15:15 HORAS

“Médico SUMMA: ¿Oiga?

Alertante: Hola, dígame

Médico: Escúcheme, ¿Ha recuperado el conocimiento o cómo está?

Alertante: Pero muy poquito

Médico: Muy poquito, pero ¿cómo está respirando?

Alertante: Muy suave, muy mal

Médico: Ya, y ¿ha sido ahora de pronto esto?

Alertante: Aparte está muy fría, muy fría ¿eh?

Médico: Venga, que van para allá, ¿ha sido esto de pronto o no?, venga van para allá, ¿ella está enferma de algo? ¿me oye usted?

Alertante: Sí, dígame

Médico: ¿Está enferma de algo?

Alertante: No, pero ayer estaba con... que tenía dolor de cabeza y eso y...

Médico: Venga, vamos a mandar un médico

Alertante: Urgente, por favor urgente...

Médico: Sí, pero haga lo que le estoy diciendo, téngala tumbada, escúcheme, póngala de lado

Alertante: Vale, vale...

Médico: Si respira regular, póngala de lado ¿vale? Venga, hasta luego

Alertante: Hasta luego”.

7 DE OCTUBRE DE 2017 - 15:32 HORAS

“Ope. SUMMA: Urgencias médicas, buenas tardes

Ope. 112: Hola, del 112, mira, referente al aviso del 661

Ope. SUMMA: Sí

Ope. 112: 902

Ope. SUMMA: Sí

Ope. 112: 835

*Ope. SUMMA: Espera un momentito que te confirmo, tengo algo de...
¿Móstoles, B..., 5° B?*

Ope. 112: Sí, es que lo reclaman

Ope. SUMMA: Vale

Ope. 112: Te le paso...

Médico SUMMA: Hola, buenas, soy el médico, dígame

Alertante: Hola, que he llamado hace 10 minutos o 15 para que viniera una ambulancia rápido...

Médico: Sí

Alertante: Porque tengo a una chica aquí con 53 años que me la he encontrado inconsciente en casa y sigue sin despertar todavía

Médico: Vale, escúcheme, va a ir un médico a verla ¿cómo sigue ahora?

Alertante: ¿eh?

Médico: ¿Cómo sigue ahora?

Alertante: Sigue inconsciente, la he tumbado en el sofá pero sigue inconsciente

Médico: A ver, pellízquele fuerte en la cara interna del muslo a ver si responde bien al dolor

Alertante: No

Médico: ¿No parpadea ni nada?

Alertante: No, lo único que la digo que me apriete la mano y sí me aprieta la mano

Médico: Si la aprieta, es decir, que si obedece órdenes es que no está inconsciente

Alertante: Está inconsciente que no habla ni nada...

Médico: Vale, que no te habla una cosa, pero no está inconsciente ¿vale? mantenla tumbada de lado hasta que llegue el médico ¿vale?

Alertante: Vale, a ver si viene rápido por favor

Médico: En cuanto podamos vamos para allá ¿vale? Venga”.

7 DE OCTUBRE DE 2017 - 15:56 HORAS

“Ope. SUMMA: Urgencias médicas, buenas tardes

Ope. 112: Hola buenas tardes, de Madrid-112, mira nos reclaman un servicio, el teléfono es el..., lo tenéis en Móstoles, B, 5 5° Bravo

Ope. SUMMA: A ver, repítemelo, por favor

Ope. 112A ver, perdona, 661

Ope. SUMMA: Sí

Ope. 11290

Ope. SUMMA: Sí

Ope. 11228 35

Ope. SUMMA: Vale, había puesto 65 y digo...

Ope. 112: No salía, 35

Ope. SUMMA: B..., 5 - 5° B

Ope. 112B...

Ope. SUMMA: Muy bien

Ope. 112: Te paso ¿vale?

Ope. SUMMA: Muy bien. Urgencias médicas buenas tardes, vamos a ver, el médico está terminando de realizar un aviso

Alertante: Es que yo he llamado urgente... urgentemente... no es para esperar media hora ni una hora, es urgente

Ope. SUMMA: Le paso con el médico

Médico SUMMA: Hola buenas, soy el médico, dígame

Alertante: Hola, he dicho, he llamado urgentemente, no para que tardéis una hora, lleva inconsciente...

Médico: Que más quisiéramos nosotros no tardar una hora señor, es que no tenemos médico porque no damos abasto, la población de Madrid es muy grande, de todas formas es una paciente que ha tenido un síncope y no está inconsciente porque le aprieta la mano, la persona está consciente porque obedece órdenes...

Alertante: Sí pero está sin sentido y sin nada y es que no sé el tiempo que lleva ya así porque yo cuando he llegado a casa me la he encontrado ya en el suelo...

Médico: Vale, pues manténgala tumbada de lado hasta que llegue nuestro compañero como le hemos dicho ¿vale?

Alertante: Ya, pero por favor que tarde lo menos posible

Médico: Sí, es que estamos intentando hacer los avisos lo antes posible en todo, estamos bastante colapsados ¿vale?

Alertante: Venga, hasta luego

Médico: Hasta luego”.

7 DE OCTUBRE DE 2017 - 16:01 HORAS

“Ope. SUMMA: Urgencias médicas, buenas tardes

Ope. 112: Muy buenas, de aquí, de Madrid-112

Ope. SUMMA: Dime

Ope. 112: Tengo un móvil, 661

Ope. SUMMA: Sí

Ope. 112: 902

Ope. SUMMA: Sí

Ope. 112: 835

Ope. SUMMA: Sí

Ope. 112: ¿Sale algo?

Ope. SUMMA: Sí, te confirmo, ¿Móstoles, B 5?

Ope. 112: Exacto, lo están reclamando ¿vale?

Ope. SUMMA: Vale, gracias

Ope. 112: Te paso

Médico SUMMA: Hola, buenas

Alertante: Buenos días, digo buenas tardes, mire hemos llamado hace tres cuartos de hora, casi una hora...

Médico: Sí, hay un médico que va para allá, y ahora ¿cómo está? ¿ha vuelto perdido el conocimiento?

Alertante: No, está sin conocimiento, se está quedando fría, por favor, por favor...

Médico: Vale, va el médico para allá, pero voy a sacar UVI ¿eh?

Alertante: Una UVI sí, porque yo creo que se está muriendo, por favor.

Médico: A ver, ¿tiene pulso?

Alertante: No lo sé, no lo sé

Médico: A ver, cógele el pulso, mira a ver, si no tiene pulso tenemos que hacer reanimación ¿eh?

Alertante: Sí, sí, pues va a ser así ¿eh? (si tiene pulso, mira a ver si tiene pulso)

Médico: (Móstoles tiene pulso ¿vale?, no pero no está consciente y está fría)

Alertante: No, no está consciente...

Médico: Y está fría

Alertante: Sí, sí

Médico: Mira a ver si aprieta la mano, cógele la mano

Alertante: (Cógete la mano, a ver si la aprieta) muy poquito, muy poquito, tiene movilidad así como en los dedos

Médico: Tiene un poquito de movilidad en los dedos, vale

Alertante: Está como inconsciente completamente, no puede ni mover la boca ni nada... está muy fría, muy fría

Médico: A ver, cógele un pellizco fuerte en la parte interna del brazo o de la pierna

Alertante: Un pellizco fuerte en la parte interna del brazo, no, no reacciona

Médico: ¿Mueve un poquito? ¿mueve un poquito?

Alertante: No, no

Médico: ¿No reacciona al dolor?

Alertante: No, no, mira es que no puede ser, que hemos llamado hace tres cuartos de hora, que he venido yo desde Rivas

Médico: Va ya para allá ¿eh? va ya para allá el médico, pero voy a sacar también una UVI ¿eh?

Alertante: Sí, saca una UVI, que vengan rápido, por favor

Médico: Venga, el médico está ya para allá ¿eh?

Alertante: Sí, sí, pero que venga la UVI, que venga la UVI, por favor

Médico: Venga, venga, hasta luego

Alertante: Venga, hasta luego”.

Según el informe del SUMMA, la UVI llega al domicilio a las 16.15 horas y el informe de dicha actuación se imprimió a las 16:58 horas.

En la anamnesis efectuada por la UVI del SUMMA se refiere como motivo de la consulta, paciente con cefalea holocraneal valorada el 1 de octubre en tratamiento con Enantyum, Metamizol y Yurelax. La hermana refiere que el día anterior la encontraba rara al hablar. Ese día su marido la dejó sobre las 7 horas en la cama y la encuentra a las

15 horas en el suelo a unos metros de la cama. Había vomitado en el dormitorio y hoy no había cogido el teléfono a pesar de recibir llamadas de su hermana y esposo.

Se encuentra a la paciente estuporosa, a veces con ronquido, con dificultad en el habla, hemiplejía izquierda, anisocoria pupilar sin reactividad y palabras incoherentes y relajación de esfínteres. No se sabe el tiempo cierto de inicio de los síntomas.

En la evaluación secundaria refiere:

-Neurológico: pares craneales alterados; focalidad neurológica presente; reflejos óculo-motores anormales; reflejos musculotendinosos anormales; relajación de esfínteres.

-Fuerza y Sensibilidad: Miembro superior izquierdo: fuerza alterada, sensibilidad alterada. Miembro inferior izquierdo: fuerza alterada, sensibilidad alterada.

-Aparato Respiratorio: Auscultación pulmonar normal. AP: Rítmico; pulsos periféricos de lado derecho presentes; Radial y Pedio. Pulsos periféricos izquierdo: radial y pedio, abdomen normal.

Se realiza un ecocardiograma a las 16.25 horas: Ritmo sinusal; frecuencia 60 latidos/p.m.

A las 16.40 horas se le inyecta Paracetamol 1 gramo/100 ml.

Se procede a activar Código ICTUS (16.32 horas), sin tiempo de evolución, y se traslada al HUDO.

Como juicio clínico se refleja *“sospecha de déficit neurológico por accidente cerebro vascular (sin especificar isquémico o hemorrágico)”*.

En el HUDO ingresa a las 17.01 horas. Se intenta estabilizar a la paciente mediante intubación traqueal y canalización de la vía venosa central. Se realiza una radiografía de control en la que se aprecia una línea de neumotórax ipsilateral.

A las 17.22 horas se realiza TAC craneal urgente sin contraste, observándose un gran hematoma intraparenquimatoso frontoparietal derecho de 73 x 42 x 5mm, con hipodensidad perihematoma en relación con edema vasogénico. Este hematoma se abre al espacio subaracnoideo con presencia de sangre en surcos hemisféricos derechos y sistema ventricular.

A las 18.00 h. de ese mismo día se realiza intervención quirúrgica mediante corticotomía en cuadrante temporal superior, encontrando hematoma subcortical muy voluminoso que se aspira con facilidad, evacuándose en su totalidad sin encontrar focos de sangrado activo. Se realiza hemostasia.

A las 21.26 h. se realiza TAC craneal urgente sin contraste en el que se aprecia un hematoma frontoparietal derecho abierto al espacio subaracnoideo en TAC previo, de aspecto más heterogéneo, así como signos de herniación subfascial y trastentorial descendente.

Asimismo se realiza Angiotac de polígono de Willis que muestra un gran aneurisma de 17x6x10 mm, este aneurisma se encuentra desplazado hacia el interior por el hematoma. No se identifican otros aneurismas en la circulación cerebral.

El 9 de octubre se realiza ecocardiograma transtorácico y transesofágico.

Se realizan medidas de HiperPIC (sedoanalgesia, relajación, terapia osmolar e hiperventilación).

A las 11.00 h. del día 9 de octubre se confirma la muerte encefálica, solicitándose donación que la familia acepta.

El diagnóstico principal fue de hemorragia subaracnoidea secundaria a rotura de aneurisma de arteria cerebral media derecha (Fisher IV, Hunt, Hess IV), con neumotórax iatrogénico. Muerte encefálica y exitus.

TERCERO.- A raíz de la formulación del escrito de reclamación se ha instruido el correspondiente procedimiento de responsabilidad patrimonial y se han solicitado los informes que se consideraron pertinentes, de los que se destacan los siguientes particulares.

El 28 de febrero de 2018 emite informe el médico de Atención Primaria en el que indica que la paciente acudió a consulta el 6 de octubre de 2017 aportando informe de Urgencias del HURJC. Solicitó recetas de la medicación y se solicitó una citología vaginal.

El 1 de marzo de 2018 emite informe la jefe de Servicio de Urgencias del HURJC en el que expone que en la asistencia en Urgencias el domingo 1 de octubre de 2017 la paciente presentaba un dolor leve-moderado en zona vertical irradiado a brazos con dos días de evolución tras un “*mal movimiento*”. Se realizó anamnesis y exploración física en la que no aparecieron apofisalgia pero sí dolor paravertebral y trapecios. Expresamente se anotó que la fuerza muscular y la sensibilidad estaban conservadas lo que muestra que se realizó una exploración neurológica que no mostró signos de focalidad neurológica en ese momento, antes al contrario, la referencia a un “*mal movimiento*” parecía indicar una causa mecánica. Al realizarse una radiografía de columna se apreciaron cambios degenerativos osteodicales cervicales C5-C6 por lo que se realizó el diagnóstico de contractura cervical.

Entiende necesario precisar que en todo momento el dolor cervical apareció como prevalente sobre la cefalea siendo incierto que no se realizase una exploración neurológica. Todos los indicios apuntaban a una patología cervical por lo que se realizó una radiografía en dos proyecciones que fue comentada con el radiólogo. La analítica a la que se refiere la reclamación no se pidió porque no habría aportado nada ni tampoco un Angio-Tac a una mujer sin antecedentes de riesgo, con un dolor de dos días de evolución y sin focalidad neurológica. En todo caso, como es obvio, se le indicó la necesidad de volver a Urgencias en caso de empeoramiento.

Recuerda el informe que la asistencia médica no parte de un diagnóstico para establecer una línea de actuación sino que es todo lo contrario, analizar los síntomas y signos del paciente para lograr un diagnóstico por lo que no es posible enjuiciar la labor asistencial partiendo del diagnóstico obtenido con posterioridad.

Por todo ello considera la asistencia ajustada a la *lex artis*.

El 14 de mayo de 2018 emite informe el jefe del Servicio de Medicina Intensiva del HUDO en el que afirma que la paciente ingresó a las 15.30 horas del día 7 de octubre de 2017 en situación de extrema gravedad pasando al Box de parada e iniciándose los procedimientos de estabilización previos a su traslado a quirófano. Para ello se procedió a la intubación traqueal y a canalizar una vía venosa central. En la realización de una radiografía de control se apreció una pequeña línea de neumotórax ipsilateral por lo que se procedió a la colocación de un tubo de drenaje con posterior traslado a quirófano para intervención neuroquirúrgica.

Destaca que el neumotórax es una complicación de la canalización venosa central que cursa sin problemas si es diagnosticado y tratado mediante drenaje de forma inmediata por lo que no tuvo ninguna repercusión clínica para la paciente.

El 10 de septiembre de 2018 emite informe la directora médico de Coordinación y Transporte Sanitario del SUMMA 112 en el que afirma que la llamada recibida a las 15.14 horas por “*síncope, no inconsciente*”, fue valorada por un médico coordinador que consideró lo más oportuno remitir una unidad de asistencia domiciliaria (UAD) con carácter urgente. La llamada se reitera a las 15.34, a las 15.57 y a las 16.03 horas no siendo sino hasta las 16.03 h. cuando se apreciaron signos de inconsciencia asignándose una UVI móvil que llegó al domicilio a las 16.15 horas activándose un código ictus y trasladando a la paciente al HUDO.

En cuanto a la asistencia prestada el 30 de septiembre se ha recabado informe al médico que la atendió que afirma no recordar nada distinto de lo consignado en el informe clínico y en cuanto a las del día 7 considera que la asignación de una UAD no tiene los tiempos de respuesta de una UVI móvil y en ese momento la UAD estaba atendiendo otro aviso en la zona. Considera que “*el apretar la mano es una respuesta a órdenes verbales*”.

El 27 de noviembre de 2018 emite informe la Inspección Sanitaria.

Tras exponer un resumen de los hechos extraídos tanto de la historia como de la reclamación y de los informes de los servicios implicados así como de las patologías de la reclamante, efectúa un juicio crítico de la actuación de cada uno de dichos servicios. En concreto corrobora el contenido del informe de la jefa del Servicio de Urgencias del HURJC y respecto de la atención del SUMMA destaca el informe de enfermería en cuanto a que, a su llegada, la paciente se encontraba con anisocoria, afásica y progresivamente va recuperando el habla presentando hemiparesia total del lado izquierdo refiriendo cefalea el día anterior.

A partir de ese juicio crítico concluye que la asistencia en el HURJC y en el HUDO fue correcta pero en cuanto a la prestada por el SUMMA *“existen dudas razonables en relación al tiempo transcurrido desde la llamada a la asistencia en el domicilio y por consecuencia en el triaje realizado desde el centro coordinador del 112”*.

Con fecha de 24 de febrero de 2019 obra en el expediente un informe pericial emitido a petición de la aseguradora del SERMAS (según consta en el índice) por una médico especialista en Neurología.

En el mismo expone la actuación que ha de llevarse a efecto ante las llamadas con este tipo de patologías y la reacción médica ante las mismas.

Entiende que desde la primera llamada se debería haber activado una UVI móvil ante el bajo nivel de consciencia de la paciente si bien considera que la demora de 45 minutos no tuvo efecto en la evolución posterior de la paciente especialmente por cuanto entre la primera llamada y la atención en el HUDO no existió ningún empeoramiento.

El 13 de mayo de 2019 se concede trámite de audiencia a los reclamantes y a la empresa IDC SALUD S.A. como concesionaria del HURJC.

Los reclamantes presentan escrito de alegaciones el 24 de mayo de 2019 en el que se ratifican en los hechos y fundamentos de su reclamación. Consideran insuficiente la asistencia prestada en Urgencias del HURJC y en la asistencia en el Centro de Salud ni siquiera se hace constar si continuaba con dolor. Asimismo destaca el que los informes corroboran la asistencia inadecuada del SUMMA 112.

El 27 de mayo de 2019 presenta alegaciones la gerente del HURJC en las que considera que su actuación se ajustó a la *lex artis*.

Finalmente, la viceconsejera de Asistencia Sanitaria formuló propuesta de resolución, de 14 de noviembre de 2019, en la que propone al órgano competente para resolver, desestimar la reclamación al haberse actuado con arreglo a la *lex artis* en el caso del HURJC y, si bien en la actuación del SUMMA 112 existió mala praxis, ello no tuvo consecuencias en la producción del daño reclamado.

TERCERO.- El consejero de Sanidad formula preceptiva consulta por trámite ordinario que ha tenido entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora el 24 de enero de 2020, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, al letrado vocal D. Carlos Yáñez Díaz, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberado y aprobado, por unanimidad, en el Pleno de la Comisión en su sesión de 27 de febrero de 2020.

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

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros y a solicitud de un órgano legitimado para ello a tenor del artículo 18.3 del Reglamento de Organización y funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por Decreto 5/2016, de 19 de enero (ROFCJA).

SEGUNDA.- Los reclamantes ostentan 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) en cuanto son familiares de la persona que recibió la asistencia sanitaria y cuyo fallecimiento les ocasionó un indudable daño moral.

Acreditan el parentesco mediante fotocopias del Libro de Familia.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, en cuanto la asistencia sanitaria se prestó por el HURJC, el Centro de Salud Barcelona de Móstoles y el SUMMA 112 que forman parte de la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid.

A este respecto esta Comisión viene reconociendo la legitimación de la Comunidad de Madrid en los supuestos en los que la asistencia sanitaria se presta en centros concertados siguiendo el criterio mantenido por el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en sentencias como la de 14 de marzo de 2013 (rec. 1018/2010).

En esta misma línea se sitúa la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de las Islas Canarias (Santa Cruz de Tenerife) de 22 de mayo de 2019 (rec. 68/2019) que, tras destacar que la LPAC no recoge una previsión similar a la disposición adicional de la 12ª de la LRJ-PAC, considera que, en los casos en los que la asistencia sanitaria a usuarios del Sistema Nacional de Salud es prestada por entidades concertadas con la Administración (como era el caso), se trata de sujetos privados con funciones administrativas integrados en los servicios públicos sanitarios, por lo que no es posible que se les demande ante la jurisdicción civil ya que actúan en funciones de servicio público.

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

En este caso el *dies a quo* viene dado por el fallecimiento de la hermana de los reclamantes el día 9 de octubre de 2017 por lo que la reclamación interpuesta el 29 de enero de 2018 está claramente formulada dentro del plazo legal.

Respecto a la tramitación del procedimiento ha de estarse a lo establecido en la LPAC. En concreto, se solicitó el informe de los servicios a los que se imputa la producción del daño conforme el artículo 81 de la LPAC, se admitió la prueba documental aportada por el reclamante y la pericial aportada por la aseguradora de la Administración y se evacuó el trámite de audiencia de acuerdo con el artículo 82 de la LPAC.

Igualmente se recabó el informe de la Inspección Sanitaria.

No obstante ha de destacarse la notable demora en la tramitación del procedimiento. En este sentido, entre el informe de la Inspección Sanitaria y la concesión del trámite de audiencia transcurrieron casi seis meses que es el plazo máximo para resolver el procedimiento conforme el artículo 91.3 de la LPAC.

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)).

CUARTA.- Los reclamantes efectúan dos reproches. De un lado a la actuación de los servicios del HURJC y del Centro de Salud Barcelona que consideran que no prestaron un tratamiento adecuado a la paciente de tal forma que no detectaron la patología que realmente sufría y, de otro, a la actuación del SUMMA 112 que demoró en exceso el envío de una UVI móvil.

En las reclamaciones sobre responsabilidad patrimonial el criterio determinante es el cumplimiento o no de la *lex artis*, en cuanto buena

práctica médica. La sentencia del Tribunal Supremo de 19 de junio de 2008 (recurso 2364/2004) define este concepto indicando (FJ 4º), que: *“según jurisprudencia constante de esta Sala, un acto médico respeta la lex artis cuando se ajusta al estado de conocimientos de la comunidad médica en ese momento y, así, realiza lo que generalmente se considera correcto en el tipo de situación de que se trate”*.

La carga de la prueba de la vulneración de esa *lex artis* corresponde en principio a quien reclama el reconocimiento de la responsabilidad patrimonial conforme lo establecido en el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil si bien teniendo en cuenta lo dispuesto en ese precepto legal en cuanto a la facilidad probatoria. Así lo recuerda la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 14 de diciembre de 2017 (recurso 39/2015).

Ahora bien, en un caso como el presente, esa facilidad probatoria recae, lógicamente, en la Administración sanitaria que dispone de mayores medios para explicar su actuación que los administrados.

De otro lado, procede como viene recogiendo esta Comisión en dictámenes como el 503/19, de 22 de noviembre y el 116/19, de 21 de marzo, la valoración conjunta de todos los elementos probatorios incorporados al expediente.

En este caso los reclamantes no han aportado prueba alguna más allá de cierta documentación médica por lo que la prueba ha de limitarse tanto a la documental obrante en el expediente como a los informes de los servicios a los que se imputa el daño, el informe pericial aportado por la aseguradora de la Administración y, especialmente, el informe de la Inspección Sanitaria.

Ahora bien, el que tales informes sean de especial relevancia y, singularmente el de la Inspección por su profesionalidad e

independencia, tal y como hemos reconocido en múltiples dictámenes, no quiere decir que esta Comisión esté vinculada por sus opiniones, sino que ha de valorarlos con arreglo a la sana crítica en el marco, como decimos, de una valoración conjunta de la prueba.

Como indica la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 1 de marzo de 2017 (rec. 868/2013) en un supuesto en el que la Sala se aparta de la opinión de la Inspección Sanitaria y de los informes periciales evacuados en el procedimiento, precisamente en relación con una asistencia prestada por el SUMMA 112: *“Dado que en este proceso se han practicado varias pruebas periciales, se ha de añadir que las mismas expresan el juicio o convicción de los peritos con arreglo a los antecedentes de que disponen, por lo que no prevalecen sobre otros medios de prueba. Al no existir reglas generales preestablecidas para valorarlas, se ha de estar a las reglas de la sana crítica en el marco de la valoración conjunta de los medios probatorios, aunque es claro que su fuerza de convicción reside en gran medida en la cualificación técnica de los peritos, y en su independencia o lejanía respecto a los intereses de las partes, y en la fundamentación y coherencia interna de sus informes o dictámenes. Como en el expediente administrativo también obra informe de la Inspección Sanitaria, añadiremos que el mismo se ha de ponderar como elemento de juicio en la valoración conjunta de la prueba, y que su fuerza de convicción deriva de la circunstancia de que la Inspección informa con criterios de profesionalidad e imparcialidad, así como la objetividad, coherencia y motivación del informe”*.

QUINTA-. Pues bien, como se ha indicado en la reclamación pueden diferenciarse dos reproches a la actuación de los servicios sanitarios. De un lado la actuación del SUMMA 112 en la asignación de un recurso y que se analizará posteriormente y, de otro, la inadecuada asistencia (error de diagnóstico) recibida por la reclamante por el

SUMMA (UAP) en el Servicio de Urgencias del HURJC y en el Centro de Salud Barcelona.

En cuanto a esta crítica, ha de considerarse que los reclamantes no aportan prueba alguna que apoye su planteamiento.

En primer lugar ha de ponerse de relieve que la causa por la que la reclamante acudió a esos servicios era un dolor de cabeza que no deja de ser una patología inespecífica que puede obedecer a un gran número de causas.

Ese dolor fue calificado como cervicalgia por el SUMMA y, posteriormente en el Servicio de Urgencias, fue ratificado tras la realización de una exploración en que no se apreció focalidad neurológica (fuerza muscular, sensibilidad y marcha conservadas) tal y como recogen el informe del Servicio de Urgencias del HURJC, el informe de la Inspección Sanitaria y el informe de la Aseguradora.

Por tanto si no aparecían problemas neurológicos y la paciente aludía a un “*mal movimiento*” todo indicaba que podía tratarse de un problema mecánico por lo que se realizó una radiografía que fue comentada, además, con los radiólogos y en la que se apreciaron cambios degenerativos en la columna (C5-C6).

Por todo ello fue diagnosticada de cervicalgia y se le pauto un tratamiento con control por Atención Primaria. Acudió ciertamente al Centro de Salud cinco días después aportando el resultado de la radiografía con la finalidad esencial de obtener las recetas de la medicación pautada. Es de destacar que se pidiera una citología vaginal ya que, si la médico de Atención Primaria prestó atención a ese problema (absolutamente desconectado del dolor de cabeza), ello permite entender que la situación basal de la paciente no había experimentado ningún cambio y, especialmente, que no existían signos

de focalidad neurológica que son fácilmente visibles (caída párpados, alteraciones en la marcha y en el habla, etc.) de tal forma que el acudir a la consulta fue básicamente para obtener las recetas de los medicamentos pautados en el HURJC.

Por ello no existen indicios racionales para entender que hubo un error de diagnóstico y que el dolor por el que consultaba se debía a un accidente cerebro vascular en lugar de la patología cervical detectada.

El diagnóstico en medicina es extremadamente difícil y así lo reconoce la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 26 de abril de 2018 (recurso 75/2017):

“La fase de diagnóstico es una de las más importantes y difíciles de la práctica médica a la que se llega después de un proceso de aproximaciones sucesivas que requiere del examen de la historia clínica, la exploración física y las pruebas complementarias pertinentes al caso y que se efectúan progresivamente para llegar al diagnóstico concreto. Se trata de un proceso complejo en el que intervienen muchos factores y en sus primeras fases resulta difícil poder hablar de un error, dado que determinadas sintomatologías pueden sugerir diversas patologías que deben ser, o no, descartadas. No obstante lo anterior, respecto al error de diagnóstico es importante advertir que para que éste sea generador de responsabilidad es necesario que atendidas las circunstancias del caso y en particular el estado de conocimiento de la ciencia en el momento de producirse el evento lesivo, pueda afirmarse que resultaba factible para el servicio sanitario realizar dicho diagnóstico y que el mismo, de haberse realizado, posibilitara alguna oportunidad de curación. En definitiva es necesario que la falta de diagnóstico, o bien su error o su retraso sea imputable a la Administración y por ello sea determinante de la lesión del derecho del paciente a un diagnóstico correcto en tiempo oportuno. El error

de diagnóstico es fuente de responsabilidad patrimonial de la Administración, por incumplimiento de la obligación de aplicar las técnicas sanitarias en función del proceso a conocimiento de la práctica médica.

Ahora bien, no todo error de diagnóstico da lugar a responsabilidad y ha de insistirse en que, para que ello suceda, es necesario que como consecuencia del error no se haya procurado al paciente la asistencia sanitaria exigible”.

En este caso, no existían en el momento de la asistencia sanitaria signos que permitiesen apreciar un problema neurológico y por el contrario sí los había que apuntaban a un dolor de origen cervical. La única forma de poner en relación la cefalea que presentaba en ese momento con el accidente cerebro vascular que condujo a su fallecimiento es partiendo de esa evolución posterior, lo que supone incurrir en una prohibición de regreso desde acontecimientos posteriores desconocidos en el momento de la actuación desencadenante del daño, posibilidad rechazada reiteradamente en la jurisprudencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid [sentencias de 12 de enero de 2018 (recurso 813/2014) y 26 de marzo de 2019 (recurso 684/2016)] y en los dictámenes de esta Comisión (dictámenes 471/16, de 20 de octubre y 41/17, de 26 de enero, entre otros).

Por ello no cabe apreciar responsabilidad patrimonial por la asistencia sanitaria prestada por el SUMMA 112 (SUAP), Urgencias del HURJC y el Centro de Salud Barcelona.

SEXTA.- La asistencia prestada por el SUMMA 112 ante las llamadas efectuadas el 7 de octubre solicitando un recurso sanitario presenta, por el contrario, mayores problemas.

Tal y como se ha expuesto en los antecedentes de hecho, la primera llamada al SUMMA 112 se produce a las 15.15 horas y en ella ya consta que la paciente esta inconsciente puesto que el médico pregunta si ha recuperado la consciencia (se deduce que hubo una comunicación anterior en ese sentido) y el alertante le indica que respira muy mal y que esta fría. Añade, a preguntas del médico, que tenía dolor de cabeza y cuando el médico le indica que van a enviar un recurso y el alertante le pide que sea urgente, el medico responde que sí.

Por tanto nos encontramos ante una situación en la que una persona ha perdido la consciencia y presenta dificultades para respirar constanding además que tenía antecedentes de dolor de cabeza. Todo ello permite entender que la asistencia debía haber sido inmediata incluso sospechando ya un posible ictus.

Sin embargo, cuando diecisiete minutos después se reitera la petición de asistencia indicando que la persona que necesita la asistencia está inconsciente, el facultativo minimiza el problema e incluso niega que se encuentre inconsciente y a la petición de asistencia *“rápido, por favor”*, responde *“en cuanto podamos, vamos para allá, ¿vale?”*. En suma, ya condiciona la asistencia a las necesidades del servicio sin asignarle un carácter urgente.

Cuando después (casi tres cuartos de hora después de la primera llamada) se vuelve a llamar solicitando que se envíe el recurso urgente, no solo se vuelve a negar que este inconsciente sino que el médico, con escasa sensibilidad hacia la situación de angustia del alertante, le indica que *“no dan abasto, la población de Madrid es muy grande”* y que *“estamos bastante colapsados”*.

Aun así, cuando cinco minutos después de la última llamada, se vuelve a solicitar un recurso, es entonces cuando el médico se decide a

activa una UVI móvil que finalmente es la que atiende a la paciente y activa el código ictus.

Basta la mera lectura de estas conversaciones para advertir que la actuación del SUMMA 112 no se ajustó a la *lex artis*, criterio que comparte también la Inspección Sanitaria e incluso el informe pericial, si bien este considera que ello no tuvo repercusión en el resultado final.

Antes de abordar esta última cuestión, debe recordarse que los ciudadanos, en cumplimiento del mandato del artículo 43 de la Constitución Española tienen derecho a una sanidad eficaz como reconoce el artículo 7 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, el artículo 2 a) de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y que ha de prestarse en tiempos adecuados conforme el artículo 27.10 de la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, aun cuando este último precepto no haya sido desarrollado reglamentariamente.

Esta Comisión es consciente de la presión asistencial que padecen los servicios sanitarios públicos y en concreto, los servicios de emergencias del SUMMA 112 pero en este caso concurren tres aspectos a valorar. El primero es, como decimos, que ya en la primera llamada existían datos que permitían sospechar la gravedad de la situación con la consiguiente activación de una UVI móvil, máxime si la UAD estaba ocupada atendiendo otro aviso. El segundo es la obstinación del médico en afirmar que la paciente no se encontraba inconsciente (sorprendentemente mantenida en el informe del SUMMA) pese a las indicaciones de la persona que estaba con ella y que veía su situación. La tercera es que los propios servicios del SUMMA reconocieron la insuficiencia de sus medios en las contestaciones al reclamante y fueron necesarias cuatro llamadas para que se enviara un recurso sanitario.

Esa actuación es calificada como inadecuada tanto por la Inspección Sanitaria como por el informe pericial si bien este último considera que no tuvo efectos en la evolución posterior de la paciente (conclusión que hace suya la propuesta de resolución).

Sin embargo no puede compartirse ese criterio. Nos encontramos ante un supuesto de pérdida de oportunidad que se caracteriza “(...) *por la incertidumbre acerca de si la actuación médica omitida pudiera haber evitado o minorado el deficiente estado de salud del paciente*” – Sentencia del Tribunal Supremo de 24 de septiembre de 2018 (rec. 976/2016).

El Tribunal Superior de Justicia de Madrid viene recogiendo el concepto de pérdida de oportunidad recogido por el Tribunal Supremo. Así la Sala madrileña en su Sentencia de 8 de noviembre de 2019 (rec. 178/2018) recuerda las Sentencias del Tribunal Supremo de 2 de enero y de 3 de diciembre de 2012, en las que, remitiéndose a la de 27 de septiembre de 2011 que, a su vez, se refería a otras anteriores, definía la pérdida de oportunidad sobre la base de la Sentencia del Tribunal Supremo de 24 de noviembre de 2009 según la cual:

"La doctrina de la pérdida de oportunidad ha sido acogida en la jurisprudencia de la Sala 3ª del Tribunal Supremo, así en las sentencias de 13 de julio y 7 de septiembre de 2005, como en las recientes de 4 y 12 de julio de 2007, configurándose como una figura alternativa a la quiebra de la lex artis que permite una respuesta indemnizatoria en los casos en que tal quiebra no se ha producido y, no obstante, concurre un daño antijurídico consecuencia del funcionamiento del servicio. Sin embargo, en estos casos, el daño no es el material correspondiente al hecho acaecido, sino la incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse seguido en el funcionamiento del servicio otros parámetros de actuación, en suma, la posibilidad de que las

circunstancias concurrentes hubieran acaecido de otra manera. En la pérdida de oportunidad hay, así pues, una cierta pérdida de una alternativa de tratamiento, pérdida que se asemeja en cierto modo al daño moral y que es el concepto indemnizable. En definitiva, es posible afirmar que la actuación médica privó al paciente de determinadas expectativas de curación, que deben ser indemnizadas, pero reduciendo el montante de la indemnización en razón de la probabilidad de que el daño se hubiera producido, igualmente, de haberse actuado diligentemente". (FD 7º).

Recuerda asimismo la citada sentencia la del Tribunal Supremo de 7 de julio de 2008 relativa a un indebido retraso en dispensar al paciente en las mejores condiciones posibles, el tratamiento que necesitaba, lo que le privó de la probabilidad de obtener un resultado distinto y más favorable para su salud; *en ella se declaraba que «(...) esta privación de expectativas, denominada en nuestra jurisprudencia doctrina de la "pérdida de oportunidad" [sentencias de 7 de septiembre de 2005 (casación 1304/01, FJ2º) y 26 de junio de 2008 , ya citada, FJ6º], constituye, como decimos, un daño antijurídico, puesto que, 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; tienen derecho a que, como dice la doctrina francesa, no se produzca una "falta de servicio"».*

Esta Comisión ha apreciado pérdida de oportunidad en supuestos en los que han existido demoras indebidas en la remisión de recursos sanitarios por parte del SUMMA 112 como es el caso de los dictámenes 131/18, de 15 de marzo y 499/18, de 22 de noviembre.

En el caso que nos ocupa, no puede afirmarse que haya quedado acreditado que la evolución no hubiera sido diferente o que, de haberse atendido más prontamente, ello no hubiera evitado el fallecimiento. Como recoge la citada Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 1 de marzo de 2017:

«Aún sin tener certeza sobre la concreta influencia de tales circunstancias en el pronóstico vital de la paciente, lo cierto es que se le privó indebidamente de la posibilidad de sobrevivir, lo que hace surgir la responsabilidad patrimonial por pérdida de oportunidad, en que lo indemnizable no es el daño producido sino "la incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse seguido en el funcionamiento del servicio otros parámetros de actuación" -sentencia del Tribunal Supremo de 2 de enero de 2012 , entre muchas otras-».

No podemos compartir la tesis del informe pericial y de la propuesta de resolución en cuanto a que el fallecimiento se hubiera producido igualmente puesto que ello contradice la actuación de los especialistas del HUDO que procedieron a intervenir quirúrgicamente de manera inmediata tan pronto como la paciente ingresó en dicho centro, lo cual indica que tenían esperanzas de evitar el fallecimiento y, de hecho, el “*Plan de Atención a los Pacientes con Ictus Comunidad de Madrid 2019*” recoge como criterio de exclusión del código ictus el que hayan pasado más de 24 horas de evolución desde el inicio de los síntomas. En este caso, y puesto que ha quedado constancia de la inexistencia de signos de focalidad neurológica en la asistencia sanitaria previa, ha de partirse en cuanto a que los signos del ictus solo aparecieron de forma clara cuando la paciente se desmayó a lo largo de la mañana del día 7 de octubre, por tanto ha de concluirse que era susceptible de ser incluida en el Código Ictus (como de hecho fue incluida por el propio SUMMA 112 a las 16.32 horas) por lo que no

puede compartirse la inevitabilidad del daño que parecen defender la perito y la propuesta de resolución.

Por tanto ha de procederse a valoración del daño causado. En estos casos, la citada Sentencia del Tribunal Supremo de 3 de diciembre del 2012, recoge que: *“a la hora de efectuar la valoración del daño indemnizable, la jurisprudencia [...] ha optado por efectuar una valoración global que, a tenor de la Sentencia del Tribunal Supremo de 3 de enero de 1990, derive en una apreciación racional aunque no matemática”*.

Los reclamantes solicitan una indemnización de 50.000 euros para todos ellos, por el daño moral derivado del fallecimiento de la paciente.

No constan en el expediente datos que permitan establecer cuales hubieran sido las posibilidades de sobrevivir de la paciente de haber sido atendida con prontitud.

De aplicarse el baremo establecido para las víctimas de accidentes de tráfico establecido en la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación correspondería a cada uno de los reclamantes la cantidad de 15.147 euros pero, como se ha indicado, en la pérdida de oportunidad solo se valora el daño moral ocasionado a los reclamantes en cuanto a desconocer cuál hubiera sido la evolución de haberse actuado de manera correcta.

Puesto que, como se recoge en el informe pericial, es difícil considerar que la evolución hubiera sido distinta, esta Comisión considera adecuada una cantidad de 4.000 euros para cada uno de los reclamantes.

CONCLUSIÓN

Procede estimar parcialmente la presente reclamación y reconocer a los reclamantes la cantidad de 8.000 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 27 de febrero de 2020

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 79/20

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid