

Dictamen n°: **380/21**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **03.08.21**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora, aprobado por unanimidad, en su sesión de 3 de agosto de 2021, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo de lo establecido en la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el asunto sobre responsabilidad patrimonial promovido por Dña. y D., por el fallecimiento de su madre, Dña., que atribuyen a la asistencia sanitaria dispensada por el SUMMA 112 y por el Hospital Universitario Ramón y Cajal, por un cuadro de ingesta de medicamentos.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 13 de diciembre de 2018, los hijos de la paciente fallecida presentan un escrito en una oficina de Correos dirigido al Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), en el que relatan que su madre, el día 8 de septiembre de 2016, comenzó a presentar malestar general, convulsiones, síndrome febril, vómitos y disminución progresiva del nivel de conciencia, por lo que su hija, de 17 años de edad, a las 2:00 horas de la madrugada avisó al SUMMA 112. Explican que transcurrido un tiempo se personó una ambulancia con un técnico, que al comprobar que no podía movilizar a la paciente, solicitó un segundo recurso que acudió al domicilio para trasladar a la madre de los reclamantes al Hospital Universitario Ramón y Cajal. Subrayan que en

ninguno de los dos recursos que se personaron en el domicilio había un médico.

Los interesados exponen que, una vez la paciente llegó al Servicio de Urgencias del referido centro hospitalario, su madre quedó una hora en espera sin que recibiera asistencia alguna, hasta que su situación fue tan grave que se solicitó la asistencia de los facultativos del Servicio de Medicina Intensiva que hallaron a la enferma cianótica, temblorosa, con mala perfusión distal y sin respuesta verbal, siendo trasladada directamente a la UVI, con el diagnóstico de fallo multiorgánico secundario a hipertemia maligna de etiología a filiar, golpe de calor y shock séptico sin foco claro. Inciden en que la hija de la paciente, desde el primer momento, informó que su madre había ingerido 4 mg de lorazepam, una Dormidina y un relajante.

Los reclamantes relatan que en la UVI su madre llegó a alcanzar los 43°C, iniciándose cobertura antibiótica y medidas físicas de enfriamiento, sin embargo, la evolución fue pésima, falleciendo finalmente a las 11:37 horas del 8 de septiembre de 2016. Subrayan que la autopsia realizada en el centro hospitalario reveló que la paciente presentó hemorragia pulmonar masiva, congestión vascular visceral múltiple con médula ósea hiperregenerativa y síndrome hemogacocítico, así como cardiopatía hipertrófica izquierda, hepatomegalia y esteatosis masiva, entre otros hallazgos. Refieren que, encontrándose ya en el tanatorio, por orden judicial se ordenó la realización de una nueva autopsia, que no fue posible porque el médico forense del juzgado se encontró la evisceración del cadáver y su relleno con celulosa. Por ello el único diagnóstico fue el realizado en el centro hospitalario y reflejado en el certificado de defunción *“fallecimiento por hipertermia, golpe de calor que originó hipotensión refractaria y fallo multiorgánico”*. Reprochan que dicha autopsia clínica se realizara por una doctora que estaba realizando el MIR y certificó la muerte como de etiología natural lo que

impidió la práctica de la autopsia judicial y que los interesados conocieran la verdadera causa de fallecimiento de su madre.

Los reclamantes reprochan que no fue hasta la llegada de los intensivistas cuando se utilizó anéxate para contraponer los efectos de las benzodiacepinas que había ingerido su madre, a pesar de que en Urgencias los médicos conocían dicha ingesta.

En cuanto a la actuación del SUMMA 112, los interesados exponen que no están de acuerdo con los tiempos reflejados en el parte de trabajo del transporte sanitario, según el cual a las 2:08 horas se moviliza la ambulancia que llega al domicilio de la paciente a las 2:30 horas y sale a las 2:45 horas, llegando al centro hospitalario a las 3:15 horas. Consideran que es absolutamente imposible que en tan solo 15 minutos el técnico del primer recurso enviado compruebe que la paciente tiene obesidad mórbida y que no puede movilizarla, avise a la central que moviliza el segundo recurso, este llegue al domicilio y salga para el centro hospitalario. También consideran excesivo el tiempo empleado en llegar al centro hospitalario.

En virtud de todo lo expuesto, consideran que en el caso de su madre se produjeron una serie de irregularidades que desembocaron en el fallecimiento de su familiar.

Los reclamantes refieren que por estos mismos hechos se han seguido actuaciones penales que han culminado mediante Auto de 21 de diciembre de 2017 por el que se desestimó el recurso de apelación interpuesto.

Por todo ello acaban solicitando una indemnización en cuantía que no concretan.

El escrito de reclamación se acompaña con copia del libro de familia de la paciente fallecida, documentación médica relativa a la madre de los interesados, certificado de defunción, el parte de transporte sanitario y copia del Auto de 21 de diciembre de 2017 de la Audiencia Provincial de Madrid (folios 1 a 43 del expediente).

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

I.- Según resulta del informe de la directora médica de Coordinación y Transporte Sanitario del SUMMA 112 incorporado al procedimiento de responsabilidad patrimonial, contrastado con el parte de transporte sanitario aportado por los reclamantes, el 8 de septiembre de 2016, se recibió aviso en el Servicio Coordinador de Urgencias del SUMMA 112 a las 2:03 horas por parte de la hija de la paciente fallecida “*por ingesta de medicamentos*” movilizándose una ambulancia urgente. A la llegada al domicilio a las 2:30 horas se solicitó un segundo recurso con el fin de apoyar la movilización y traslado de la paciente al tener la condición de obesidad mórbida. La ambulancia sale del domicilio a las 2:45 horas y llega al Hospital Universitario Ramón y Cajal a las 3:15 horas.

La madre de los reclamantes, de 54 años de edad en la fecha de los hechos, con antecedentes personales de hipertensión arterial, hipertrigliceridemia, fumadora activa con criterios clínicos de bronquitis crónica, depresión reactiva en seguimiento por Psiquiatría, hipotiroidismo sin tratamiento y obesidad mórbida, ingresó a través del Servicio de Urgencias directamente a la sala de emergencias como código “Rojo” por cuadro de disminución de conciencia tras ingesta de medicamentos (benzodiacepinas) e hipertermia.

En la anamnesis se reflejó lo expresado por la hija de la paciente fallecida que manifestó que su madre estaba muy nerviosa y había ingerido 4 Orfidales, una Dormidina y otro relajante cuyo nombre no

recordaba. Tras la ingesta había empezado con malestar general, síndrome febril y pérdida progresiva del nivel de consciencia. La hija negó la verbalización de ideas autolíticas o el empeoramiento de su patología psiquiátrica en los días previos.

En la exploración de la madre destacó tensión arterial de 110/40, temperatura de 40.7°C, cianótica, temblorosa, con mala perfusión distal, mal estado general y escala de coma de Glasgow de 9 puntos.

En la hoja de registro de Enfermería en el Servicio de Urgencias queda constancia de las actuaciones realizadas, en el apartado horario de 3:00 a 4:00 horas a.m, entre otras la prescripción de medicación, como flumazenilo (2 ampollas de anexate). Al no responder al flumazenilo se procede a secuencia rápida de intubación logrando una saturación de oxígeno del 98%. Se solicitan pruebas complementarias y la enferma es dada de alta en la urgencia con destino a la UVI médica ese mismo día, 8 de septiembre de 2019, a las 5:30 horas.

En la UVI las medidas terapéuticas se dirigieron a intentar reestablecer la función hemodinámica y respiratoria, así como medidas antitérmicas (incluido hemofiltro por el Servicio de Nefrología) y tratamiento antibiótico de amplio espectro. A pesar de la intensificación de tratamiento hasta altas dosis, la paciente no mejora y se complica su estado con sangrado nasal, encías y puntos de punción por coagulopatía de consumo transfundiéndose un pool de plaquetas, 4 viales de octaplex y 4 concentrados de hematíes.

A las 10:00 horas se comunica a un familiar el mal pronóstico. A las 10:30 horas se intensifica manejo por acidosis metabólica mantenida, hipoventilación e hipoxia mantenida estando en estado de shock mixto con componente cardiogénico muy llamativo. A pesar de las medidas adoptadas, evoluciona a hipotensión refractaria con dosis máximas de drogas vasoactivas e hidrocortisona, insuficiencia

respiratoria hipoxémica e hipercápnica con elevados parámetros de oxigenación y ventilación. La madre de los reclamantes fallece a las 11:37 horas del día 8 de septiembre de 2016.

Se solicitó al hijo autorización para realizar la autopsia que fue aceptado y la paciente fallecida fue trasladada a mortuorio con los diagnósticos de *exitus letalis*, disfunción multiorgánica probablemente secundaria a golpe de calor, hipertermia, hipertensión, dislipemia, depresión reactiva e hipotiroidismo.

El 9 de septiembre de 2016 se emitió el informe provisional de autopsia por parte de una médica facultativa de 18 años de experiencia como médico responsable y dos médicos residentes de Anatomía Patológica de 1º y 3º año, respectivamente, quedando la causa de la muerte a determinar tras el estudio definitivo cuyo informe se realizó el 25 de octubre de 2016 por la médica facultativo y otro doctor del Servicio de Neuropatología. Este informe recoge los siguientes diagnósticos finales:

1. Hemorragia pulmonar masiva con predominio en lóbulo inferior derecho y superior izquierdo. Congestión vascular generalizada con predominio en bazo, hígado y riñones.

2. Cardiopatía hipertrófica izquierda. Aterosclerosis moderada de árbol coronario de predominio derecho, descendente anterior y grandes vasos (aorta supra e infra diafragmática).

3. Hepatomegalia y esteatosis difusa.

4. Esófago de Barret sin displasia y gastritis crónica atrófica inactiva sin evidencia de *Helicobacter pylori*. Melanosis coli masiva pancolónica.

5. Hiperplasia nodular suprarrenal izquierda

6. Sistema nervioso central: leve arterioloesclerosis hialina.

II.- Por estos mismos hechos se siguieron actuaciones penales que culminaron con Auto de la Audiencia Provincial de Madrid de 27 de diciembre de 2017 que desestimó el recurso de apelación interpuesto por los hijos de la paciente fallecida contra la Sentencia de 14 de diciembre de 2016 del Juzgado de Instrucción nº43, de Madrid, que acordó el sobreseimiento provisional de las Diligencias Previas 3212/2016.

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

Consta en el expediente la historia clínica de la madre de los reclamantes del Hospital Universitario Ramón y Cajal (folios 47 a 112).

Obra en el procedimiento el informe de 5 de febrero de 2019 emitido por el Servicio de Anatomía Patológica del centro hospitalario en relación con la autopsia clínica de la paciente fallecida. Explica que en dicho hospital las autopsias se realizan por dicho servicio que cada año recibe dos médicos residentes, cuyo aprendizaje, según las normas de la Comisión Nacional de la Especialidad, debe ser activo, con responsabilidad progresiva en las tareas del servicio. Aclara que en este caso la autopsia se realizó por una residente de 3º año y otra de 1º año, con la supervisión y participación activa de una médica con 18 años de experiencia. Asimismo, explica que la autopsia clínica tiene por objeto el estudio anatomopatológico *postmortem* de las alteraciones morfológicas de los órganos y tejidos, determinando el padecimiento fundamental, las alteraciones secundarias y otras derivadas del tratamiento; además describe los hallazgos accesorios e investiga la causa de la muerte. A continuación, detalla los diagnósticos que se alcanzaron en este caso,

plasmados en el informe provisional y en el informe definitivo.

Asimismo, se ha incorporado al procedimiento el informe del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Ramón y Cajal en el que se explica que la madre de los interesados falleció por una hipertermia por golpe de calor, lo que concuerda con los hallazgos de la autopsia clínica. Refiere que, a pesar de las medidas terapéuticas adoptadas, que incluyó antibioterapia empírica, por el posible cuadro de sepsis, no se logró evitar el fallecimiento de la paciente.

Igualmente, figura en el expediente el informe del Coordinador de Urgencias del centro hospitalario en el que detalla que la paciente a su llegada a las 3:11 horas del 8 de septiembre de 2016 por un cuadro de pérdida de conciencia tras la ingesta de medicamentos fue triada como paciente “ROJO” e inmediatamente remitida a la sala de emergencias gestionada por el Servicio de Medicina Intensiva, que fue el que trató a la madre de los interesados en todo momento.

Figura en el folio 130 que los reclamantes fijaron en 150.000 euros el importe de la indemnización solicitada.

Posteriormente, se ha incorporado al procedimiento el informe de la directora médica de Coordinación y Transporte Sanitario del SUMMA 112 en el que explica que la llamada se recibió a las 2:03 horas del 8 de septiembre de 2016 por “*ingesta de medicamentos*”, movilizándose una ambulancia urgente. Explica que, si no hay indicación por el médico de lo contrario, generalmente se moviliza la ambulancia de menor tiempo de respuesta a fin de que evalúe in situ y en caso necesario se envía una segunda de apoyo. Incide en que no llevan personal sanitario al no ser una UVI móvil, pero aclara que los técnicos de emergencias están ampliamente cualificados para realizar maniobras de soporte vital básico, que no fue preciso en este caso pues no surgió ninguna incidencia durante el traslado. En cuanto a los tiempos reflejados en el parte de transporte sanitario refiere que son aproximados, comunicados

a la central ante los cambios de estatus de la ambulancia y que el tiempo transcurrido entre las 2:15 y las 3:15 de llegada al hospital es aceptable pues computa desde que comienza la movilización en la camilla en su domicilio hasta que se deja a la paciente en la sala de triaje del Hospital Universitario Ramón y Cajal.

El 25 de febrero de 2019 la directora médica de Coordinación y Transporte Sanitario del SUMMA112, aclaró que el informe emitido había sido elaborado con los datos que figuraban en el archivo informático, ya que el personal de ambulancia no realiza informes clínicos al no ser personal facultativo.

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

Concluida la instrucción del expediente, se confirió trámite de audiencia a los reclamantes. Consta que los interesados formularan alegaciones en el trámite conferido al efecto oponiéndose a los informes que obran en el expediente al considerar que se debió enviar una UVI Móvil o al menos una ambulancia de soporte vital con dos técnicos; que no fue hasta la 4:22 horas cuando la paciente fue tratada por los intensivistas habiendo ingresado a las 3:11 horas, por lo que hasta ese momento no se hizo nada y que el informe de autopsia está firmado por una médico residente de 1º año y que no permite conocer la causa de fallecimiento, pues consideran que era preciso conocer la cantidad de drogas que había ingerido y si ello podía provocar la hemorragia pulmonar que padeció.

Finalmente, el 13 de marzo de 2020 se formuló propuesta de

resolución en el sentido de desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado mala praxis en la asistencia sanitaria dispensada a la madre de los reclamantes.

Recibido el expediente en esta Comisión Jurídica Asesora, el Pleno de este órgano consultivo aprobó el Dictamen 306/20, de 21 de julio, en el que se concluyó que procedía la retroacción del procedimiento para que se incorporara la información relativa a las llamadas al SUMMA 112, con el fin de que esta Comisión Jurídica Asesora pudiera disponer de los datos objetivos que le permitieran contrastar los reproches de los reclamantes y la información ofrecida por la directora médica del SUMMA 112.

CUARTO. – Tras el citado Dictamen 306/20, se han sustanciado los siguientes trámites:

El 17 de agosto de 2020, la directora médica de Coordinación y Transporte Sanitario del SUMMA 112 remite la información requerida sobre la llamada recibida el día 8 de septiembre de 2016 a las 2:03 horas en el SUMMA 112. De dicha información resulta que la hija de la reclamante alertó, a la mencionada hora del día indicado, señalando que a su madre *“le dieron un disgusto y como no se podía dormir se tomó cuatro orfidal o así, un relajante muscular y una dormidina y ahora está como medio inconsciente”*. Preguntada por el operador del SUMMA 112 si había sido con intención autolítica, la hija de la reclamante respondió que no, y explicó que *“no podía dormir porque nos han dado un disgusto, nos han traído unos papeles y han empezado a timbrar y no nos dejaban en paz y entonces no se podía dormir del disgusto y lo ha tomado, pero no lo ha hecho con esa intención, no se podía relajar”*. A la pregunta del operador sobre si la madre estaba inconsciente, la alertante respondió que estaba *“medio inconsciente, o sea no se puede poner en pie y hace gestos, se lleva la mano a la boca y me dice palabras incoherentes...”*. La información transcrita fue también comunicada al médico del SUMMA 112 que pidió a la alertante que tumbara de lado a su madre hasta que

llegara una ambulancia para trasladarla al hospital.

Consta que requerido informe complementario a la Inspección Sanitaria, esta solicitó el 13 de septiembre de 2020 la transcripción de la llamada o datos de cuando el recurso enviado solicita un segundo recurso para movilización de la paciente y su traslado al tener condición de obesidad mórbida.

El 22 de octubre de 2020 la directora médica de Coordinación y Transporte Sanitario del SUMMA 112 remitió un certificado emitido por el jefe de servicio del Departamento de Informática confirmando la no existencia de audio en el archivo del SUMMA-112.

El 17 de noviembre de 2020 la Inspección Sanitaria solicitó información sobre los datos de tiempo y de movilización de recursos del SUMMA 112, dado que la paciente precisaba ser derivada a atención hospitalaria, cuando llegó el recurso para dicha derivación no pudo realizarse por tener una obesidad mórbida, precisando el apoyo de un segundo recurso para su traslado, por lo que precisa conocer las horas de llegada del primer recurso, hora de la solicitud de apoyo, hora de llegada del segundo recurso, salida de domicilio y llegada al hospital.

El 30 de diciembre de 2020 la directora médica de Coordinación y Transporte Sanitario del SUMMA 112 explicó que, según la información que consta en sus registros, la primera unidad activada (A-104) fue propuesta por la doctora del Centro Coordinador a las 2:06 horas, se le transmitió el aviso a las 2:08 horas, se movilizó a las 2:09 horas y llegó al domicilio de la paciente a las 2:30 horas. Aclara que esta última hora es aportada por la empresa de ambulancias debido a un error en el sistema de registro del SUMMA-112 y adjunta hoja del parte realizado por los técnicos de la ambulancia. El segundo recurso, ambulancia de apoyo, (D-215), fue propuesta a las 2:29 horas, transmitiéndosele el aviso a las 2:39 horas, movilizándose hacia el domicilio a las 2:40

horas, llegando al mismo, para apoyo de la primera ambulancia a las 2:51 horas. Finalmente, la paciente fue trasladada por el primer recurso (A-104), saliendo del domicilio hacia el Hospital Universitario Ramón y Cajal a las 3:15 horas, realizándose la transferencia en el hospital a las 3:37 horas.

El 14 de enero de 2021, la Inspección Sanitaria solicitó aclaración por solapamiento de tiempos, disconformidades con el primer informe de la directora médica del SUMMA 112 y significados de las claves que se mencionaban en los informes.

El 6 de abril de 2021 la directora médica de Coordinación y Transporte Sanitario del SUMMA 112 informa que, tras la revisión pormenorizada de las distintas bases de datos de registro de horas, se concluye que debido a un error de factor humano en la aportación de las claves por parte de la primera ambulancia y que no se detectó en su momento para la elaboración y emisión de los informes previos, efectivamente existen datos de horas no congruentes en dichos informes, procediendo a continuación a su rectificación y aclaración, con los datos extraídos del GPS de los vehículos:

“Hora de llamada: 02:03:31h

Hora de propuesta de recurso de ambulancia por parte del médico coordinador: 02:06:30h

Hora de transmisión del aviso a la primera ambulancia, A-104 (clave1): 02:08:46h

Hora de movilización de la primera ambulancia hacia el lugar (clave 2): 02:09: 15h

Hora de intervención o llegada al lugar (clave 3): 02:22h

Hora de solicitud de una ambulancia de apoyo por parte de la

primera: 02:29:43h

*Hora de transmisión del servicio de apoyo a la segunda ambulancia.
D-215 (clave 1): 02:39:38h*

*Hora de movilización de la ambulancia de apoyo, 0-215 (clave 2):
02:40h*

*Hora de un nuevo movimiento de la primera ambulancia, A-104
acercándose más al lugar: 02:45h*

*Hora de intervención o llegada al lugar de la ambulancia de apoyo,
D-215 (clave 3): 02:51h*

*Hora de salida del lugar iniciándose el traslado del enfermo al
hospital por la primera ambulancia A-104 (clave 4): 03:02h*

*Hora de finalización del servicio de apoyo de la segunda
ambulancia. D-215 (clave 6): 03:04:57h*

*Hora de transferencia o llegada al Hospital con el enfermo de la
primera ambulancia A-104 (clave 5): 03:09h*

*Hora de finalización y disponibilidad de la primera ambulancia. A-
104 {clave 6}; 03:38h”.*

En consecuencia, detalla que la primera ambulancia en llegar se posicionó en la calle del domicilio de la madre de los reclamantes: el técnico de emergencias de la ambulancia (en adelante, TES) accedió a pie al lugar donde se encontraba la paciente, la valoró y pudo comprobar que para poder movilizarla con seguridad debido a su peso corporal (110 kg según consta en la documentación que aportan los reclamantes) hasta el interior de la ambulancia, precisaba de ayuda de otro recurso. Este antecedente patológico de obesidad mórbida no fue

conocido en el transcurso de la llamada, por lo que a priori no parecía necesario el envío de una ambulancia dotada de dos técnicos y sí en cambio dar prioridad al servicio en tiempo asignándose el aviso a la primera ambulancia disponible más cercana al lugar. El TES tras esta valoración, procedió a realizar las comunicaciones oportunas al SCU, mediante el sistema TETRA voz, solicitando dicho recurso de apoyo y no existiendo grabación de este tipo de comunicaciones como se indicó en su momento. Asimismo, por los registros de GPS, a su vez, se procedió a mover nuevamente la ambulancia A-104 a un lugar más próximo al lugar. El SCU movilizó la ambulancia de apoyo solicitada (D-215) que acudió al lugar en tiempo y forma, tras ayudar a la transferencia de la paciente desde el domicilio a la primera ambulancia, que era la que trasladaría a la paciente, dio finalizado su servicio y la primera inició el traslado al hospital, llegando al mismo en la hora indicada anteriormente (GPS: 03:09h) sin constar incidencias durante el trayecto y dando finalización del servicio tras dejar a la enferma en el Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Tras la incorporación de la anterior documentación, el 30 de abril de 2021 emitió informe la Inspección Sanitaria en el que concluye que

“(…), entre la hora de llamada de la alertante (02:03:31) y la hora de llegada al lugar pasan 19 minutos, siendo necesario movilizar una segunda ambulancia para asegurar el traslado de la paciente debido a su situación de obesidad mórbida no conocida hasta ese momento. Se solicita la ambulancia de apoyo a las 02:29 y llega a las 02:51 (22 minutos) iniciándose el traslado de la paciente hacia el hospital a las 03:02 horas (una hora después de la llamada a 112, y 11 minutos después de la llegada del segundo recurso) para llegar al hospital a las 03:09.

Por tanto, el retraso estriba en la solicitud, movilización y llegada del segundo recurso por ser desconocido el antecedente de obesidad mórbida. Se primó movilizar los recursos más cercanos al domicilio y

no hubo incidencias durante el traslado al hospital. Como ha sido expresado en anteriores informes, en referencia al escrito 19.02.19 de la Directora M3dico del SUMMA, la ambulancia enviada no llevaba personal sanitario al no ser una UVI m3vil, no obstante el personal de las ambulancias cuenta con la categor3a profesional de t3cnicos de emergencias estando ampliamente cualificados para realizar maniobras de soporte vital b3sico que hubiera podido requerir la paciente, no siendo el caso dado que el traslado se hizo sin que aconteciera ning3n tipo de incidencia”.

Consta que se confiri3 nuevo tr3mite de audiencia a los interesados, que formularon alegaciones incidiendo en los t3rminos de sus escritos anteriores.

Finalmente, el 25 de junio de 2021 se formul3 propuesta de resoluci3n en el sentido de desestimar la reclamaci3n de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado mala praxis en la asistencia sanitaria dispensada a la madre de los reclamantes.

QUINTO.- El 2 de julio de 2021 tuvo entrada en el registro de la Comisi3n Jur3dica Asesora de la Comunidad de Madrid la solicitud de dictamen en relaci3n con la reclamaci3n de responsabilidad patrimonial.

Correspondi3 la solicitud de consulta del presente expediente n3 367/21, a la letrada vocal D3a. Ana Sof3a S3nchez San Mill3n que formul3 y firm3 la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisi3n Jur3dica Asesora en su sesi3n de 3 de agosto de 2021.

A la vista de estos antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

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

En el caso que nos ocupa, los interesados han cifrado la cuantía de la indemnización que reclaman en una cantidad superior a 15.000 euros, por lo que resulta preceptivo el dictamen de este órgano consultivo.

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

Los reclamantes, hijos de la paciente fallecida, ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), en cuanto sufren el daño moral que provoca el fallecimiento de su familiar. Se ha acreditado debidamente la relación de parentesco que ligaba a los interesados con la fallecida mediante copia del libro de familia.

La legitimación pasiva resulta indiscutible que corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que la asistencia sanitaria reprochada

se prestó por el Hospital Universitario Ramón y Cajal, centro hospitalario integrado dentro de la red sanitaria pública madrileña y por el SUMMA 112, servicio público de titularidad de la Comunidad de Madrid.

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

La ley ha configurado el plazo como de prescripción, lo que supone que ciertas actuaciones pueden interrumpirlo y, en especial, el ejercicio de la acción penal. En relación a la existencia de actuaciones penales y su posible eficacia interruptiva sobre los procedimientos de responsabilidad patrimonial es preciso traer a colación la jurisprudencia del Tribunal Supremo que admite la interrupción del plazo para el ejercicio de la acción de reclamación de responsabilidad patrimonial en los casos de existencia de un proceso penal sobre los mismos hechos determinantes de la responsabilidad administrativa, en aplicación del principio de *actio nata* -conforme al cual la acción sólo puede comenzar cuando ello es posible y esta coyuntura se perfecciona cuando se unen los dos elementos del concepto de lesión, es decir, el daño y la comprobación de su ilegitimidad-, de tal suerte que la pendencia de un proceso penal encaminado a la fijación de los hechos o del alcance de la responsabilidad subsidiaria de la Administración comporta dicha eficacia interruptiva del plazo de prescripción de un año establecido legalmente.

En este caso, como hemos dicho, los reclamantes presentaron una denuncia por los hechos objeto de reclamación que dio lugar a la tramitación de las Diligencias Previas 3212/16, que culminaron con el

Auto de 27 de diciembre de 2017 de la Audiencia Provincial de Madrid que desestimó el recurso de apelación interpuesto por los hijos de la paciente fallecida contra la Sentencia de 14 de diciembre de 2016 del Juzgado de Instrucción nº43, de Madrid, que acordó el sobreseimiento provisional. Por ello, conforme a lo anteriormente expuesto, la reclamación interpuesta el 13 de diciembre de 2018 se habría formulado en plazo legal.

En cuanto al procedimiento seguido en la tramitación de la reclamación de responsabilidad patrimonial, se observa que en un primer momento se incorporó al expediente la historia clínica del Hospital Universitario Ramón y Cajal y en cumplimiento del artículo 81 de la LPAC se emitió informe por el Servicio de Anatomía Patológica, por el coordinador de Urgencias y por el Servicio de Medicina Intensiva del referido centro hospitalario. De igual modo se emitió informe por la directora médica de Coordinación y Transporte Sanitario del SUMMA 112 y por la Inspección Sanitaria con el resultado expuesto en los antecedentes de este dictamen. Además, se confirió trámite de audiencia a los reclamantes y se redactó la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación formulada. Tras el Dictamen 306/20, se ha incorporado al expediente la información sobre las llamadas al SUMMA 112 e informes aclaratorios sobre la actuación de dicho servicio emitidos a instancia de la Inspección Sanitaria, que emitió un informe ampliatorio. Tras ello se confirió trámite de audiencia a los interesados y se redactó nueva propuesta de resolución.

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

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 106.2 de la Constitución Española y garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que

sufran en cualquiera de sus bienes y derechos como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley.

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

a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal.

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

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

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

Así, el Tribunal Supremo, en doctrina reiterada en numerosas ocasiones (por todas, la Sentencia de 15 de marzo de 2018, RC 1016/2016) ha señalado que *“no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente, por lo que si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido ya que la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados”*.

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

económica individualizada, de tal manera que resulte lesionado el ámbito patrimonial del interesado *“que es quien a su vez ha de soportar la carga de la prueba de la realidad del daño efectivamente causado”*.

Ciertamente ya hemos adelantado la existencia del daño moral de los reclamantes por el solo hecho del fallecimiento de su familiar, *“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-, entre otras) 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.

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

Como hemos visto en los antecedentes, los reclamantes reprochan la actuación del SUMMA 112 en cuanto a los tiempos de respuesta en el traslado de su madre a un centro hospitalario, así como por el hecho de no contar ninguno de los dos recursos que se movilizaron con un médico. De igual modo denuncian la atención dispensada por el Hospital Universitario Ramón y Cajal, pues los interesados sostienen que su madre no fue atendida hasta transcurrida una hora desde el ingreso y a pesar de que la hija había insistido sobre una ingesta de medicamentos sedantes. Asimismo, reprochan la autopsia clínica realizada a su familiar, que consideran no realizada por personal cualificado, privándoles de conocer la verdadera causa del fallecimiento de su madre.

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

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

En el presente caso, los reclamantes no aportan prueba alguna que acredite la existencia de mala praxis, por el contrario, los informes médicos que obran en el expediente, contrastados con la historia clínica examinada ponen de manifiesto que la asistencia sanitaria dispensada fue conforme a la *lex artis*. En este sentido, resulta relevante lo informado por la Inspección Sanitaria, ya que como hemos señalado reiteradamente, actúa con imparcialidad, objetividad y profesionalidad, como ha puesto de manifiesto el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en multitud de sentencias, entre ellas la dictada el 13 de septiembre de 2018 (recurso no 309/2016). Pues bien, en este caso, la Inspección Sanitaria, en el informe que ha emitido en el curso del procedimiento, concluye que *“la asistencia prestada ha sido adecuada o correcta a la lex artis”*.

Entrando en el análisis de los reproches de los interesados, en primer lugar, sostienen que hubo una actuación inadecuada por parte del SUMMA 112, al considerar que se produjo retraso en el traslado de su familiar a un centro hospitalario y además los recursos enviados no contaban con la presencia de un médico.

Como hemos visto en los antecedentes, si bien se ha planteado cierta controversia en relación con los tiempos de respuesta consignados en los distintos informes de la directora médica de Coordinación y Transporte Sanitario, posteriormente han quedado aclarados en el último informe emitido con fecha 6 de abril de 2021, en el que se explica que todos los recursos móviles del SUMMA 112 (incluidas la ambulancia de Transporte Sanitario Urgente de la actual empresa adjudicataria) revierten los distintos estados de posición durante todo el servicio encomendado, tanto de manera manual a través del sistema de datos/voz TETRA (Trans European Tmking Radio), como automatizada (a través del sistema de geo-posicionamiento instalado en los vehículos). Además, dice que la empresa adjudicataria dispone, para su control interno y no exigido por la Administración, de un registro manual en formato papel donde se reflejan los datos, pudiendo existir diferencias entre unos y otros registros ya que el manual se encuentra a expensas del factor humano. El informe explica que tras la revisión pormenorizada de las distintas bases de datos de registro de horas, se concluye que debido a un error de factor humano en la aportación de las claves por parte de la primera ambulancia y que no se detectó en su momento para la elaboración y emisión de los informes previos, efectivamente existen datos de horas no congruentes en dichos informes procediendo a continuación a su rectificación y aclaración, con los datos extraídos del GPS de los vehículos, que ofrece mayor fehaciencia que los registros manuales.

Pues bien, según resulta de dichos datos, la hora de llamada de la hija de la paciente fallecida fue las 2:03:31h; a las 2:06:30 h se propuso el recurso de ambulancia por parte del médico coordinador y 2 minutos más tarde se movilizó una primera ambulancia, que llegó al lugar de asistencia a las 2:22h. Por tanto, en 19 minutos contabilizados desde la llamada de la alertante, un primer recurso había llegado al domicilio de la paciente, lo que, según resulta de datos extraídos del Observatorio de resultados del Servicio Madrileño de Salud (informe del SUMMA 112 2015-2017) puede considerarse razonable, teniendo en cuenta que los tiempos medios de respuesta de las ambulancias urgentes en el año 2016 se sitúan en 17 minutos 54 segundos.

En este caso se da la circunstancia de que, a la llegada de ese primer recurso, se pudo objetivar que la madre de los reclamantes padecía obesidad mórbida, dato del que no se disponía en el momento de movilizar la primera ambulancia y que hizo preciso requerir el auxilio de un segundo vehículo urgente para poder llevar a cabo el traslado con seguridad para la paciente. Entre el aviso al segundo recurso (2:29:38 horas) y su llegada (2:51horas), transcurrieron 22 minutos, plazo razonable según los tiempos medios de respuesta anteriormente referidos, teniendo en cuenta, como hemos señalado en anteriores dictámenes de esta Comisión que los tiempos, establecidos en los planes de actuación del SUMMA, son orientativos sin que un mero incumplimiento por unos minutos genere sin más la responsabilidad de la Administración. Por otro lado, si bien el cómputo total desde la llamada hasta la llegada del segundo recurso sería de 47 minutos, dicho tiempo además de estar justificado por la circunstancia no conocida de padecer la paciente obesidad mórbida, como corrobora la Inspección Sanitaria, en todo caso sería razonable dentro de los plazos del Sistema de Gestión de Calidad del servicio, que tiene estipulado un tiempo de respuesta óptimo de 30 ± 15 minutos, según ha informado en el procedimiento la directora médica de Coordinación y Transporte Sanitario del SUMMA 112.

En cuanto al tiempo empleado en el traslado al centro hospitalario, que es principalmente en el que los reclamantes centran sus reproches, según la información aportada de los datos extraídos del GPS, resulta que desde la llegada del segundo recurso (2:51 horas) hasta que la ambulancia entra en el Hospital Universitario Ramón y Cajal (3:09 horas), transcurren 18 minutos, tiempo que la Inspección Sanitaria considera adecuado teniendo en cuenta que dicho tiempo incluye desde que empieza la movilización en camilla hasta que llega al hospital, incluyendo el traslado desde su piso en la primera planta, hasta el interior de la ambulancia, la fijación y anclaje de la camilla, el desplazamiento evitando aceleraciones/desaceleraciones y frenadas bruscas y transferencia segura de la paciente desde la camilla de la ambulancia hasta la camilla hospitalaria realizada entre varios profesionales por la condición de obesidad mórbida padecida por la paciente.

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

Por otro lado, respecto a la falta de presencia de un médico en las ambulancias que se movilizaron, de la información suministrada por el SUMMA 112 se infiere que, según los protocolos de dicho servicio, las ambulancias urgentes no llevan personal sanitario, reservado para la UVI móvil, sino técnicos de emergencias, profesionales que, en palabras de la Inspección Sanitaria, están capacitados para trasladar al paciente al centro sanitario, prestar atención básica sanitaria y psicológica en el entorno prehospitalario, llevar a cabo actividades de teleoperación y teleasistencia sanitaria, y colaborar en la organización y desarrollo de los planes de emergencia, de los dispositivos de riesgo previsible y de la logística sanitaria ante una emergencia individual, colectiva o

catástrofe. En este caso, según resulta del informe de la directora médica del SUMMA 112, se actuó de la forma habitual, que consiste en que, si no existe valoración clínica por médico previamente que indique lo contrario, se moviliza la ambulancia de mejor tiempo de respuesta, independientemente de que sea de 1 o 2 técnicos, a fin de que rápidamente se evalúe in situ el estado general del paciente y proceder al traslado. En caso de que las condiciones del traslado requieran de 2 personas para la movilización del paciente y la ambulancia enviada fuera de una, se envía una segunda de apoyo. En este caso, como hemos visto, se envió un segundo recurso para apoyo del traslado de la enferma hasta el interior del vehículo, en beneficio de la seguridad de la paciente. La ambulancia enviada no llevaba personal sanitario (médico o enfermero) porque no era una UVI Móvil, no obstante, el personal de las ambulancias urgentes, cuenta con la categoría profesional de técnico de emergencias, estando por ello ampliamente cualificado para realizar maniobras de soporte vital básico que hubiera podido requerir la paciente, no siendo al caso dado que el traslado se hizo sin que aconteciera ningún tipo de incidencia.

Por otro lado, los reclamantes, sobre quién recae la carga de la prueba, no aportan criterio médico que avale la necesidad en este caso de una UVI móvil, y, por el contrario, la forma de actuación del SUMMA 112, primando la movilización del recurso de primera respuesta, que en este caso era una ambulancia urgente, no merece ningún reproche para la Inspección Sanitaria, que considera la asistencia dispensada correcta y a esa conclusión debemos atender a falta de prueba aportada en contrario por los reclamantes.

En cuanto al reproche de los reclamantes relativo a la actuación en el Hospital Universitario Ramón y Cajal, donde fue trasladada la paciente, cabe señalar que la información que obra en la historia clínica desmiente la omisión de cuidados que denuncian los interesados. En efecto, los reclamantes alegan que, una vez la paciente llegó al Servicio

de Urgencias del referido centro hospitalario, su madre quedó una hora en espera sin que recibiera asistencia alguna, hasta que su situación fue tan grave que se solicitó la asistencia de los facultativos del Servicio de Medicina Intensiva. Sin embargo, como recoge la Inspección Sanitaria, con datos extraídos de la historia clínica de la paciente fallecida, la madre de los reclamantes ingresó a través del Servicio de Urgencias directamente a la Sala de Emergencias, como código Rojo, por cuadro de disminución de conciencia tras ingesta de medicamentos (benzodiacepinas) e hipertermia. Esta sala es gestionada por el Servicio de Medicina Intensiva que son avisados directamente desde el triaje con apoyo de adjuntos de Urgencias del área de “amarillos” en el caso de ser solicitada y fue llevada a cabo en su totalidad por el Servicio de Medicina Intensiva desde su llegada hasta su ingreso en la UVI. Tal y como recoge la Inspección Sanitaria, en la historia clínica consta distintas horas de actuación. Así se registra llegada a las 3:11 a.m. y constan tomas de constantes, exploración, intubación, aplicación de flumazenilo (anexate), solicitud de pruebas complementarias en el intervalo horario de 3:00-4:00 horas, todo ello reflejado en la gráfica de cuidados que obra en la historia clínica, lo que desmiente la alegación de omisión de cuidados hasta las 4:22 h y, en particular, la de falta de administración del anexate (antagonista de los efectos de las benzodiacepinas), al constar anotada su dispensación en la franja horaria entre las 3:00 y las 4:00 horas de esa madrugada, lo que contradice que fuera administrado a partir de las 4:22 h como sostienen los interesados.

La actuación conforme a la *lex artis* por parte del personal del Hospital Universitario Ramón y Cajal resulta corroborado por los autos recaídos en las actuaciones penales. Así en el Auto de 21 de diciembre de 2017 de la Audiencia Provincial de Madrid , en base a las conclusiones del informe forense, considera que dada la hipertermia y el síndrome neuroléptico maligno no había que realizar estudios analíticos

de drogas y refiere que tanto en el Servicio de Urgencias como en la Unidad de Cuidados Intensivos se actuó con diligencia y con respeto a la *lex artis* y el resultado estuvo dentro del contexto de un síndrome neuroléptico, por lo que la aplicación y respeto de la *lex artis* es adecuada, al no exigirse un resultado, sino el empleo de la diligencia debida.

Por último, respecto a la afirmación de los reclamantes de que se han visto privados de conocer la verdadera causa del fallecimiento de su madre, resulta también desmentida por la documentación que obra en el expediente en la que está registrada la autopsia realizada en el centro hospitalario, que fue autorizada por los reclamantes y en la que constan claramente establecidas las causas del fallecimiento de su familiar, por lo que el hecho de que no se haya podido realizar la autopsia judicial al haberse realizado previamente la autopsia en el centro hospitalario, no ha privado a los interesados de conocer cabalmente las causas del fatal desenlace de su madre.

En este punto consta en el expediente un cumplido informe del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Ramón y Cajal, en relación con la autopsia clínica de la paciente fallecida y en el que se da cuenta de las actuaciones seguidas por dicho servicio ajustadas a la normativa legal (particularmente, la Ley 29/1980, de 21 de junio, de autopsias clínicas).

En relación con el reproche relativo a que dicha autopsia se realizara por un médico interno residente, hemos de recordar que conforme a lo dispuesto en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (artículo 20) y Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada, el sistema de residencia implica la prestación profesional de servicios por parte de los titulados universitarios que cursan los programas oficiales de las

distintas especialidades en Ciencias de la Salud y la asunción progresiva de responsabilidades en la especialidad que se esté cursando y un nivel decreciente de supervisión a partir del segundo año, a medida que se avanza en la adquisición de las competencias previstas en el programa formativo, hasta alcanzar el grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la profesión sanitaria de especialista (artículo 15). En este caso, el informe explica que en dicho hospital las autopsias se realizan por dicho servicio que cada año recibe dos médicos residentes, cuyo aprendizaje, según las normas de la Comisión Nacional de la Especialidad, debe ser activo, con responsabilidad progresiva en las tareas del servicio. Como hemos reflejado en los antecedentes de este dictamen, el 9 de septiembre de 2016 se emitió el informe provisional de autopsia por parte de una médica facultativa de 18 años de experiencia como médico responsable y dos médicos residentes de Anatomía Patológica de 1º y 3º año, respectivamente, quedando la causa de la muerte a determinar tras el estudio definitivo cuyo informe se realizó el 25 de octubre de 2016 por la médica facultativo y otro doctor del Servicio de Neuropatología.

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

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

CONCLUSIÓN

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

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 3 de agosto de 2021

La Vicepresidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 380/21

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid