

Dictamen nº: **565/20**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **22.12.20**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 22 de diciembre de 2020, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por D. y Dña., por el fallecimiento de D., que atribuyen a la negligente asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos (en adelante, HURJC) y por parte del SUMMA-112.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 14 de junio de 2018, las personas citadas en el encabezamiento, asistidos de letrado, presentaron en el registro de la Consejería de Sanidad una reclamación de responsabilidad patrimonial por el fallecimiento de su hijo que atribuyen a una defectuosa asistencia sanitaria dispensada en los citados centros.

Relatan que el hijo de los reclamantes, con 23 años de edad en el momento de los hechos y con antecedentes clínicos de molestias y dolores en la parte derecha del tronco, acudió el 11 de diciembre de 2017 a Urgencias del HURJC donde le realizaron una RM del hombro

y le apreciaron una pequeña deformidad de Hill-Sachs en cuña de la cabeza humeral, con edema medular, por lesión subaguda.

Continúan relatando que el hijo de los reclamantes acudió nuevamente a Urgencias el 24 de diciembre de 2017 por dolor en el hombro derecho y en la región costal derecha, de tres días de evolución, que se acentuaba con la inspiración profunda y los movimientos. Se le realizó una Rx, y valorado por Traumatología no se observaron lesiones óseas agudas por lo que recibió alta con diagnóstico de dolor costal de características mecánicas y para alivio del dolor se le prescribió calor seco y diclofenaco, alternando con Nolotil, en caso de mucho dolor.

Refieren que, el 14 de enero de 2018 sufrió una parada cardiorespiratoria *“Los padres, al percibir un golpe en el piso de arriba de la vivienda, llamaron al joven, a lo que éste contestó que se encontraba en el suelo mareado, consciente pero con problemas de respiración. Al trasladarle a la habitación, se desvaneció”* y tras situarlo en la cama, efectuaron cinco llamadas al Centro Coordinador de Urgencias Médicas a través de la central de llamadas del 112 a las 11:54, 12:01, 12:07, 12:09, y 12:16 horas, la ambulancia llegó a las 12:17 horas y la UVI móvil a las 12:18 horas que tras la asistencia médica procedió a su traslado al HURJC ingresando en la Unidad de Cuidados Intensivos por TEV/TVP, parada cardíaca, coma estructural, edema cerebral y neumotórax espontáneo.

Respecto a las llamadas realizadas precisan que, en la primera de ellas el facultativo les indicó que podría tratarse de un ataque de ansiedad, pero la madre insistió en que no podía ser, en otra llamada fueron preguntados sobre si consumía algún tipo de drogas o sustancias tóxicas, se solicitó una ambulancia y se les impuso que el hijo se pusiera al teléfono pese *“a la costosa respiración que sufría el joven”*, y al coger el teléfono el hijo comunica que se ahogaba. En las

siguientes llamadas los facultativos les ofrecieron indicaciones “*sobre que debían de bajar al joven de la cama al suelo para poderle hacer la reanimación de forma correcta*”. La Guardia Civil fue la primera en llegar a la vivienda, posteriormente, la ambulancia llegó a las 12:17 horas y la UVI móvil a las 12:18 horas.

Expresan que tras el ingreso hospitalario, el 15 de enero se suspendió la sedación, el 16 de enero se halló en un EEG una encefalopatía difusa de grado severo, posiblemente secundaria a la encefalopatía hipóxico-isquémica del paciente, el 17 de enero se le realizó un TAC que mostró un edema generalizado con ausencia de surcos de forma global y compromiso de cisternas, el 18 de enero se observó en un TC urgente de cráneo un edema cerebral difuso en el contexto de encefalopatía anoxo-isquémica y el 19 de enero falleció en situación de muerte encefálica sin que se le realizara autopsia pero precisan que sí se les preguntó sobre la donación de órganos.

Los reclamantes reprochan, por un lado, la asistencia sanitaria dispensada en Urgencias del HURJC cuando el paciente acudió el 24 de diciembre de 2017 al considerar que se infravaloraron los síntomas que presentaba y recibir alta de forma prematura, y por otro lado, reprochan la falta de diligencia del SUMMA 112 por la incredulidad que mostró el médico a los síntomas descritos por el alertante y el propio paciente, y por el tiempo transcurrido desde la primera llamada realizada a las 11:54 horas hasta que llegó la ambulancia a las 12:17 horas.

Solicitan una indemnización que cuantifican en 175.045,33 euros.

Aportan con la reclamación el libro de familia, el certificado médico de defunción y diversa documentación médica (folios 23 a 116).

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

El 27 de noviembre de 2017 el paciente es valorado en Urgencias del HURJC por dolor en el hombro derecho y dolor nasal, tras forcejeo y traumatismo por agresión. Se realizan radiografías de nariz y de hombro, se diagnostica luxación de hombro derecho autorreducida en domicilio y fisura de huesos propios y se prescribe tratamiento con inmovilización en cabestrillo y antiinflamatorios. Se solicita resonancia magnética de hombro para nueva valoración en consulta de Traumatología en 2-3 semanas.

El 11 de diciembre de 2017 la resonancia magnética del hombro derecho es informada como *“Deformidad subaguda de Hill-Sachs en cuña de cabeza humeral. Lesión cápsulolabral de Bankart sin componente óseo con integridad de tendones, sin derrame articular y articulación acromioclavicular sin alteraciones”*.

El 21 de diciembre de 2017 acude a consulta de Traumatología y Cirugía Ortopédica del HURJC donde tras la exploración y valoración de la resonancia magnética se constata limitación de movilidad activa en últimos grados en abducción y rotación interna, sin deformidad ni tumefacción. Se descarta indicación quirúrgica y se deriva a Rehabilitación.

El 24 de diciembre de 2017 acude a Urgencias a las 4:02 horas por dolor en región costal derecha que se acentúa con la inspiración profunda y los movimientos. En la exploración física, el paciente presenta frecuencia cardiaca de 82 lat/min, saturación 100 % y EVA: 2. Buen estado general, consciente, orientado y colaborador. Bien hidratado y perfundido. Eupneico en reposo. En la auscultación cardiopulmonar presenta tonos rítmicos, sin soplos, ni extratonos, murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Molestias a la palpación en 1/3 inferior costal derecho y sin otros síntomas de

interés. En la radiografía realizada no se identifican lesiones óseas agudas y con diagnóstico de dolor costal de características mecánicas se prescribe tratamiento con calor seco y analgésicos, indicándose control por su médico habitual. Recibe alta a las 06:47 horas.

El 14 de enero de 2018, a las 11:54 horas, se recibe una llamada en el Servicio Coordinador de Urgencias del SUMMA-112 demandando asistencia para un varón de 23 años de edad, porque se ha levantado y se ha mareado, tiene un sudor enorme y dice que no puede respirar. El médico solicita e insiste en hablar con el paciente para evaluarlo y cuando se pone al teléfono comunica que *“no puedo (...) me ahogo”*. La conversación continúa con el alertante que niega que el paciente este nervioso o en tratamiento alguno. El médico finaliza la conversación indicando que el paciente *“respira perfectamente porque habla perfectamente”* y determina el envío de un médico al domicilio.

A las 12:01 horas se realiza una nueva llamada en la que el alertante solicita una ambulancia urgente porque el paciente *“se ha quedado sin conocimiento, no respira en la cama”*. El médico insiste en saber si el paciente respira e indica al alertante que tiene inmediatamente que empezar a hacer masaje cardiaco, facilita instrucciones para su realización hasta que *“llega la UVI que ha salido para allá”*.

A las 12:06 Protección Civil de Navalcarnero alerta al operador del SUMMA que no están operativos.

A las 12:07 y a las 12:14 horas se realizan nuevas llamadas. En la transcripción literal de las llamadas y audios el alertante no responde al teléfono al operador del SUMMA, ni al médico del SUMMA, *“(se oyen gritos)”*, *“se oyen voces”*.

A las 12:17 horas, llega al domicilio, en Navalcarnero, una ambulancia urgente de soporte vital básico, cuyos componentes objetivaron parada cardiorespiratoria en asistolia e iniciaron reanimación cardiopulmonar.

A las 12:18 horas, un minuto después de la anterior, se personó también en el domicilio una UVI móvil cuyo equipo continuó prestando soporte vital avanzado al paciente. Recuperó el pulso tras 10-15 min. y 5 adrenalinas con ritmo supraventricular rápido y tensión arterial 110/70. Fue trasladado desde el domicilio en Navalcarnero al HURJC. Durante el traslado presentó un episodio de bradicardia y se administró atropina y aleudrina.

A las 13:14 horas ingresó en Urgencias del HRJC en situación de parada cardiorespiratoria. Se activó el protocolo de box vital. Se realizaron al paciente técnicas de soporte vital avanzado. También se realizan pruebas complementarias diagnósticas (electrocardiograma, analítica completa, ecocardiograma y AngioTAC de arterias pulmonares) cuyos resultados se informaron como tromboembolismo pulmonar agudo bilateral central y periférico con datos de sobrecarga cardiaca derecha. En box de críticos, el paciente se encontraba hemodinámicamente estable con tensión arterial 120/80 sin soporte vasoactivo, FC 90-100 lpm, SatO₂ de 97% y pupilas midriáticas e isocóricas no reactivas, apreciándose signos precoces de daño cerebral. Se inició tratamiento con fibrinólisis e ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos. Se informó a la familia del mal pronóstico neurológico.

El 17 de enero se realizó EEG que objetivó *“encefalopatía difusa, de grado severo, probablemente secundaria a encefalopatía hipóxico-isquémica”*.

El 18 de enero se efectuó TAC que mostró edema cerebral generalizado en contexto de encefalopatía anoxo-isquémica.

Falleció a las 11:00 horas.

No consta en el expediente que se realizara la autopsia, ni fuese solicitada por familiares.

Sí consta en la historia clínica que *“siguiendo el protocolo, pongo en relación a la familia con coordinación de trasplantes”*.

TERCERO.- Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del expediente, conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC).

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81.1 LPAC, se ha incorporado al expediente un informe elaborado por el jefe de Servicio de Urgencias del HURJC de 23 de agosto de 2018 en el que manifiesta que la primera visita a Urgencias del paciente fue el 27 de noviembre de 2017 a las 21 horas y 21 minutos y fue atendido a las 21 horas y 29 minutos por dolor en el hombro derecho, tras luxación y autorreducción en domicilio *“según refiere tras forcejeo mientras le robaban en casa. También dolor nasal por traumatismo, No pérdida de conciencia. No otra sintomatología. Refiere luxaciones previas”*. Recoge el informe que se realizó exploración física y pruebas complementarias; radiografía de huesos y radiografía de hombro derecho, en las que no se objetivaron lesiones óseas agudas ni signos de luxación de hombro, se colocó cabestrillo y se anotó que el paciente *“prefiere no tomar analgesia”*. Recibió alta con tratamiento de antiinflamatorios, inmovilización con cabestrillo y consulta en Traumatología con resonancia de hombro.

Prosigue el informe señalando que la segunda visita a Urgencias del paciente tiene lugar el 24 de diciembre de 2017 a las 4 horas y 2 minutos por *“dolor articular (cualquier localización). En zona escapular derecha y hemitórax derecho de dos días de evolución”* El paciente presentaba buen estado general, estaba bien hidratado y bien perfundido, la auscultación cardiopulmonar confirmaba una ventilación normal con un murmullo vesicular conservado en todos los campos pulmonares y sin ningún ruido respiratorio sobreañadido y *“no existe ningún dato ni en la anamnesis ni en la exploración física realizada que hagan sospechar la existencia de ningún tipo de problema respiratorio (ni leve ni grave) en ese momento”*. Recibió alta a las 6 horas y 47 minutos y afirma que *“he revisado la radiografía de tórax de dicha fecha en consenso en el Servicio de Radiología del hospital y no se evidencia en la misma ninguna alteración pulmonar, ni cardíaca, ni de los vasos pulmonares, ni de la caja torácica, dicha radiografía era normal en todas sus partes”*. Niega que recibiese un alta prematura e indica que la enfermedad tromboembólica pulmonar es un proceso agudo en el que la mayoría de las muertes suceden de forma súbita o en las primeras dos horas tras el evento sin poder establecer medidas terapéuticas eficaces. Lamenta el fatal desenlace del paciente y expone que *“la medicina asistencial está basada en la confirmación de la hipótesis diagnóstica en base a los síntomas y signos que presenta el paciente en el momento de la valoración médica”*.

Finalmente refiere que, el 14 de enero de 2018 (21 días después de la última visita) ingresó en Urgencias trasladado por el SUMMA 112 en situación de parada cardiorrespiratoria, se activó el protocolo del box vital, se realizaron diversas pruebas complementarias, se inició tratamiento con fibrinólisis e ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Figura en el expediente el informe del Servicio de Cuidados Intensivos de 3 de agosto de 2018 en el que se relaciona la asistencia dispensada en dicha Unidad y precisa:

“1) La solicitud de autopsia clínica es una decisión médica, cuando no se puede certificar de una manera adecuada la secuencia de procesos que han llevado al fallecimiento del paciente. En este caso, hay suficiente evidencia, por las pruebas realizadas, que la causa de la parada cardíaca fue un tromboembolismo pulmonar y que esta situación de parada llevó a una encefalopatía hipóxico-isquémica que concluyo en muerte cerebral. La autopsia médico-legal la ordena un Juez ante una sospecha de muerte violenta o sospechosa de criminalidad y no había lugar para esta decisión.

2) El paciente no fallece de parada cardiorrespiratoria, aunque fue la génesis del proceso y el resultado final del mismo, necesaria tras retirar todos los elementos artificiales que mantienen al corazón latiendo y al pulmón funcionando. El paciente fallece de muerte cerebral y, por tanto, si no hay donación de órganos, se procede a la retirada de todos los elementos que mantienen temporalmente con actividad órganos sobre una persona fallecida. Una vez producida la parada cardiorrespiratoria sin estos elementos se puede proceder a velar el cadáver y posterior enterramiento.

3) La legislación vigente sobre donación mantiene que todos los españoles podemos ser donantes de órganos si en vida no nos hemos manifestado en contra mediante un testamento vital o simplemente de palabra a sus allegados. Si no hay contraindicación, la situación de un paciente en muerte cerebral se pone en conocimiento, según los protocolos que mantienen la práctica totalidad de hospitales

españoles, del coordinador de trasplantes, que tiene la obligación de explorar la opinión del fallecido. No obstante, aunque este fuese favorable a la donación, si la familia defiende lo contrario, se acepta el deseo familiar. Este procedimiento se cumplió en el caso que nos ocupa con el respeto más pulcro hacia el fallecido y la familia”.

Obra en el folio 136 el informe del jefe de Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del HURJC de 3 de agosto de 2018 en el que indica que el paciente fue atendido en dicho servicio en una sola ocasión, concretamente en la consulta del día 21 de diciembre para ver los resultados de una resonancia magnética de hombro solicitada por el Servicio de Urgencias *“tras la agresión que había sufrido un mes antes, sin referir ninguna otra patología. En dicha resonancia se observó deformidad de Hill-Sachs en cuña subaguda y lesión de Bankart sin componente óseo y fue remitido al Servicio de Rehabilitación”.*

Consta, igualmente, el informe de la directora médica de Coordinación y Transporte Sanitario del SUMMA 112 de 14 de febrero de 2019 en el que expone que el día 14 de enero de 2018 se recibieron las siguientes llamadas: a las 11:54 horas se recibió una llamada en el Servicio Coordinador de Urgencias del SUMMA 112 que alertó de un varón de 23 años de edad con dificultad respiratoria *“puede hablar normalmente. Más de dos horas de evolución”* y se determinó por el médico coordinador el envío de un médico a su domicilio con carácter urgente. A las 12:01 y 12:07 se reiteraron las llamadas por empeoramiento del paciente y el médico reevaluó la sintomatología y ante la sospecha de parada cardiorrespiratoria *“reassignó todos los recursos disponibles en las cercanías del lugar del aviso, para garantizar que el equipo más cercano acudiera sin demora”* y así, el primer recurso, ambulancia urgente de soporte vital básico, se personó a las 12:17 horas iniciando el equipo inmediatamente maniobras de reanimación cardiopulmonar. A las 12:18 se personó en

el domicilio una UVI móvil que continuó prestando soporte vital. El paciente fue recuperado de la parada cardiaca y trasladado con vida al HURJC. Respecto a los síntomas del paciente en las diferentes llamadas manifiesta que los síntomas aportados por el alertante y el propio paciente en la primera llamada *“apuntaban a un problema respiratorio sin signos de gravedad al inicio, siendo práctica habitual que el medico solicite hablar directamente con el paciente para comprobar el tipo de respiración presente y en estos casos, lo procedente es el envío de un médico a domicilio y ante el empeoramiento de los signos y síntomas aportados en la segunda y siguientes llamadas “los médicos coordinadores no dudaron en poner a disposición del paciente todos los recursos emergentes necesarios para prestar una asistencia precoz”*. Finalmente recoge el informe que hubo una adecuación de medios que no impidieron el fatal desenlace y califica la actuación asistencial del SUMMA-112 como correcta y la resolución de las llamadas, *“adecuada”*.

También se ha incorporado al expediente el informe de 4 de mayo de 2019 de la Inspección Sanitaria que a la vista de la reclamación, historia clínica e informes obrantes en el expediente considera que la atención prestada al paciente por el SUMMA-112 y por el HURJC fue adecuada y acorde con los criterios y recomendaciones del conocimiento científico y de los manuales y guías analizados en el informe, y concluye: *“no existe evidencia de que la asistencia prestada al paciente haya sido incorrecta o inadecuada a la lex artis”*.

Tras la incorporación al procedimiento de los anteriores informes, se concede trámite de audiencia. Por escrito presentado el 16 de julio de 2019 el gerente del HURJC efectúa alegaciones en las que señala que resulta acreditado en el expediente que la atención dispensada al paciente en los diferentes servicios hospitalarios fue conforme a la *lex artis*. Los reclamantes también presentan escrito de alegaciones para

discrepar del informe de la Inspección Sanitaria, reprochan que no se activara una UVI móvil en la primera llamada y solicitan la incorporación al expediente del registro de las llamadas y conversaciones con el SUMMA-112.

El 14 de agosto de 2019 la directora médica de asistencias del SUMMA 112 incorpora al expediente la transcripción de las llamadas y un CD con el audio de las llamadas (folios 376 a 382).

La anterior documentación se remitió a los interesados para alegaciones.

El 10 de septiembre de 2019 los reclamantes reiteran las alegaciones anteriores y solicitan la incorporación al procedimiento del CD con la grabación de las llamadas efectuadas al SUMMA 112.

El 19 de septiembre de 2019, el gerente del HURJC reitera las alegaciones previamente presentadas e incide en que el día 24 de diciembre de 2017 el Servicio de Urgencias objetivó en el paciente una saturación del 100%, y por tanto la ausencia de insuficiencia respiratoria. Adjunta el informe de éxitus del paciente con la advertencia de que el informe generado en agosto fue aportado al expediente *“y que no se corresponde con la realidad que consta en la historia clínica del paciente – en cuyo análisis está trabajando el Departamento de Sistemas”*.

El 20 de septiembre de 2019 el gerente del HURJC incorpora al procedimiento un informe sin fechar del departamento de sistemas que expresa: *“como consecuencia de los trabajos de actualización de la aplicación del Servicio de UCI del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, realizados en junio de 2018, se generó un informe de éxitus del paciente con características distintas del original que se generó en enero de 2018. La actualización del sistema en 25 de junio de 2019 ha corregido las incidencias que se produjeron en el momento de la*

impresión del informe de agosto de 2018 y, actualmente, el informe que se imprime coincide con el que se generó en enero de 2018”.

Se otorgó a los interesados nuevo trámite de audiencia. Los reclamantes presentan alegaciones. Se les ha dado traslado de las grabaciones solicitadas y lamentan que se haya malgastado por el Servicio de Responsabilidad Patrimonial tiempo y recursos en buscar “pronunciarse de nuevo a este hospital cuando lo que tenía que haber hecho era acudir a buscar explicaciones al SUMMA 112” a fin de depurar responsabilidades. Cuestionan la integridad de las grabaciones aportadas al expediente y solicitan se les traslade íntegramente la totalidad de las llamadas y conversaciones, y se identifique a los operadores y facultativos de todas las llamadas.

El 29 de noviembre de 2019 se dicta propuesta de resolución por el viceconsejero de Sanidad desestimatoria de la reclamación presentada.

Se solicitó el dictamen de este órgano consultivo y en el expediente remitido no figuraba el CD con los audios de las llamadas efectuadas.

En el Dictamen 6/20, de 16 de enero de 2020, esta Comisión Jurídica Asesora concluyó retrotraer el procedimiento para la incorporación al expediente del CD con las grabaciones en audio y la transcripción completa de las llamadas relacionadas con los hechos objeto de la reclamación.

El 7 de febrero de 2020 se recibe en la Comisión Jurídica Asesora un CD con la grabación en audio de las conversaciones mantenidas por el alertante y los facultativos.

El 2 de marzo de 2020 la jefa de Servicio de Responsabilidad del SERMAS solicita a la Central de Llamadas Madrid 112 la transcripción y grabación de las llamadas “*a los efectos de dar cumplimiento a la solicitud del interesado y a lo indicado por la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid*”.

Figura en el expediente un informe de 23 de junio de 2020 de la coordinadora de supervisión de operaciones del Organismo Autónomo Madrid-112 en el que se analiza la actuación del Centro de Atención de Llamadas de Urgencia 112 en las llamadas realizadas. En el informe concluye que se actuó conforme a lo establecido en los protocolos de actuación operativa de Madrid 112. Al informe se adjunta en formato CD con grabaciones en audio de las llamadas del alertante al 112.

La Inspección Sanitaria a la vista de dicho informe y una vez analizado la transcripción de las conversaciones telefónicas aportadas al expediente, se ratifica en el contenido del informe previo.

Se otorga nuevo trámite de audiencia a los interesados. El 5 de octubre de 2020 presentan alegaciones los reclamantes reiterando en síntesis lo anteriormente alegado y tras escuchar los audios remitidos cuestionan la integridad de los audios primeramente examinados. También presenta alegaciones el HURJC que reitera la adecuación a la *lex artis* de la asistencia dispensada en dicho centro hospitalario.

El 16 de octubre de 2020 el viceconsejero de Asistencia Sanitaria formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación presentada.

El 5 de noviembre de 2020 se formuló preceptiva consulta a este órgano consultivo.

El 2 de diciembre de 2020 se recibe en esta Comisión Jurídica Asesora el CD con el audio de las llamadas realizadas por el alertante al 112.

CUARTO.- Tal como ya ha sido indicado, el 5 de noviembre de 2020 se formuló preceptiva consulta a este órgano consultivo.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 517/20, a la letrada vocal Dña. Rosario López Ródenas que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 22 de diciembre de 2020.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo está acompañado de documentación en soporte CD, adecuadamente numerada y foliada, que se considera suficiente.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros, y por solicitud del consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de

Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial se regula en la LPAC.

En cuanto a la legitimación activa, la reclamación se ha interpuesto por los padres del paciente que ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), cuyo fallecimiento les ha ocasionado un daño moral incuestionable. Han acreditado la relación de parentesco con la aportación del libro de familia.

Se cumple, igualmente, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid en cuanto que el HURJC es un centro concertado con la Comunidad de Madrid. En este punto cabe indicar que es imputable a la Administración sanitaria la responsabilidad por el funcionamiento de los servicios públicos en el seno de las prestaciones propias del Sistema Nacional de Salud, sea cual fuere la relación jurídica que la une al personal o establecimientos que directamente prestan esos servicios, sin perjuicio de la facultad de repetición que pudiera corresponder. En este sentido se ha manifestado esta Comisión Jurídica Asesora en diversos Dictámenes 112/16, de 19 de mayo, 193/17, de 18 de mayo, 107/18, de 8 de marzo y 414/19, de 17 de octubre) asumiendo la reiterada doctrina del Tribunal Superior de Justicia de Madrid expresada, entre otras, en las Sentencias de 30 de enero (recurso 1324/2004, Sala de lo contencioso-Administrativo, Sección 8ª) y de 6 de julio de 2010 (recurso 201/2006, Sala de lo Contencioso- Administrativo, Sección 9ª).

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 duodécima 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 16/26 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.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, a quien corresponde la titularidad del servicio público de urgencias sanitarias que ejerce a través del SUMMA 112.

En lo relativo al requisito temporal, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, que se contará, en caso de daños de carácter físico o psíquico, desde que el hecho aconteció o desde la curación o determinación del alcance de las secuelas (artículo 67.1 de la LPAC). En este caso el *dies a quo* viene dado por el fallecimiento del paciente el 18 de enero de 2018 por lo que la reclamación presentada el 14 de junio de 2018 está dentro del plazo legal.

En cuanto al procedimiento, se ha recabado el informe de los servicios a los que se imputa la producción del daño en virtud de lo dispuesto en el artículo 81 de la LPAC. El instructor ha solicitado informe de la Inspección Sanitaria y se ha incorporado la historia clínica. Tras lo anterior, se otorgó audiencia a los interesados que formularon alegaciones, se dictó propuesta de resolución y tras el Dictamen de esta Comisión Jurídica Asesora y la incorporación de los audios de las llamadas, se ha emitido nuevamente informe por la Inspección Sanitaria, se ha otorgado audiencia a los interesados, en los términos previstos en el artículo 91 de la LPAC, se ha dictado

nueva propuesta de resolución remitida, junto con el resto del expediente, a esta Comisión Jurídica Asesora para la emisión del preceptivo dictamen.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido trámite alguno que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 106.2 de la Constitución Española, que garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley, previsión desarrollada por la LRJSP en su título preliminar, capítulo IV, artículos 32 y siguientes.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, 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 el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido recuerda la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de mayo de 2016 (recurso 1153/2012) *“que cuando se trata de reclamaciones derivadas de actuaciones sanitarias, la doctrina jurisprudencial viene declarando 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, de manera que, si el servicio sanitario o médico se prestó correctamente y de acuerdo con el estado del saber y de los medios disponibles, la lesión causada no constituiría un daño antijurídico”*.

CUARTA.- De los presupuestos anteriormente señalados se deduce que no cabe plantearse una posible responsabilidad de la Administración sin la existencia de un daño real y efectivo.

En el caso que nos ocupa está acreditado el fallecimiento del hijo de los reclamantes, que constituye un *“daño moral cuya existencia no*

necesita prueba alguna y ha de presumirse como cierto” (Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de noviembre de 2004 -recurso 7013/2000- y en similar sentido la Sentencia de 25 de julio de 2003 -recurso 1267/1999-) y que jurisprudencia consolidada ha admitido como supuesto de lesión indemnizable (Sentencias del Tribunal Supremo de 27 de noviembre de 1993 -recurso 395/1993-, 19 de noviembre de 1994 -recurso 12968/1991- y 28 de febrero de 1995 -recurso 1902/1991-), aunque de difícil valoración económica.

Sin embargo, la existencia de un daño no es suficiente para declarar la responsabilidad de la Administración, por lo que ha de analizarse la concurrencia, en su caso, de los demás requisitos.

Tal como ya ha sido señalado, los interesados imputan el daño, por un lado, a mala praxis en la asistencia dispensada en el HURJC cuando al hijo de los reclamantes acudió a Urgencias el día el 24 de diciembre de 2017 al considerar que se infravaloraron los síntomas que presentaba y por recibir alta de forma prematura, y por otro lado, centran su reproche en la asistencia dispensada por el SUMMA 112, por la *“falta de humanidad”*, porque se infravaloró la sintomatología que presentaba lo que empeoró su situación *“causando la situación irremediable de la hipoxia al paciente”* y por la tardanza en la llegada de los recursos sanitarios al domicilio desde la primera llamada efectuada a las 11:54 horas.

No cabe obviar que en las reclamaciones de responsabilidad patrimonial por asistencia sanitaria es a la parte reclamante a la que incumbe, como regla general, la carga de la prueba. En este sentido se ha pronunciado la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 20 de septiembre de 2016 (recurso 60/2014), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

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

sirva para acreditar que el fallecimiento del paciente se produjo por mala praxis en la asistencia sanitaria dispensada en Urgencias cuando acudió el día 24 de diciembre de 2017 al HURJC, ni por parte del SUMMA 112 y por ello, debemos acudir a la documentación incorporada al expediente y a los informes obrantes en el mismo.

Respecto al primero de los reproches, el informe del Servicio de Urgencias del HURJC recoge con claridad que el motivo de la consulta en Urgencias del día 27 de noviembre de 2017 fue por traumatismo en hombro derecho y golpe nasal, por agresión. Fue explorado, se realizaron pruebas complementarias y una vez valorados los resultados de las pruebas realizadas recibió alta con diagnóstico de luxación de hombro derecho autorreducida en domicilio y fisura en huesos propios, con inmovilización con cabestrillo y antiinflamatorios.

Respecto a la asistencia sanitaria dispensada en Urgencias el día 24 de diciembre de 2017, la historia clínica y los informes obrantes en el expediente ponen de manifiesto que el paciente acudió por dolor articular en zona escapular derecha y hemitórax derecho de dos días de evolución. En la exploración física, la frecuencia cardiaca era de 82 pulsaciones por minuto, hallazgo, que según la Inspección Médica *“es frecuente e inespecífico que no indicaba riesgo de tromboembolismo pulmonar”*, la saturación arterial de oxígeno en sangre basal era del 100% y el paciente valoró el nivel del dolor como leve. Presentaba buen aspecto general, se realizó auscultación cardiopulmonar con tonos rítmicos y sin soplos ni extratonos, con murmullo vesicular conservado y sin ruidos sobreañadidos y no refirió disnea, ni dificultad respiratoria. Se realizó una radiografía de tórax en la que no se evidenciaron lesiones, y según el informe del Servicio de Urgencias *“era normal en todas sus partes”* y revisada *“en consenso en el Servicio de Radiología del hospital no se evidencia en la misma ninguna*

alteración pulmonar, ni cardiaca, ni de los vasos pulmonares, ni de la caja torácica”.

En idéntico sentido se expresa el informe de la Inspección Sanitaria cuando considera que en la documentación examinada no figuran datos ni antecedentes patológicos y/o factores de riesgo que alertaran de la patología pulmonar o cardiovascular en ese momento, ni que el paciente *“demandara asistencia por persistencia o agravamiento del cuadro o por la presencia de otros síntomas que pudieran hacer prever el trombolismo pulmonar que 21 días después originó el fallecimiento”*, lo que impide a esta Comisión Jurídica Asesora apreciar mala praxis en la asistencia sanitaria dispensada en el HURJC.

Respecto a los reproches que dirigen los reclamantes al SUMMA 112, en primer lugar, poner de manifiesto que esta Comisión Jurídica Asesora considera que los comentarios vertidos por el médico en la conversación mantenida con la madre y el paciente, tras la primera llamada efectuada a las 11:54 horas, constituyen una falta de consideración inadmisibles, máxime teniendo en cuenta el estado en que se encontraba el paciente y las características del servicio que se presta.

Entrando en el análisis de los reproches que dirigen al SUMMA 112 por infravalorar los facultativos que atendieron las llamadas y por retraso en la disposición de recursos asistenciales, los reclamantes tampoco han aportado al procedimiento criterio médico o científico, avalado por profesional competente, que sirva para acreditar técnicamente que el fallecimiento de su familiar se produjo por el deficiente servicio prestado por los facultativos que atendieron las llamadas o por el retraso temporal en la asistencia del SUMMA 112. Por ello, en este aspecto, también debemos acudir a la documentación incorporada al expediente y a los informes obrantes en el mismo.

En cuanto a la actuación de los facultativos del SUMMA 112, según la documentación obrante en el expediente, en la primera llamada, realizada a las 11:54 horas, el alertante comunica al facultativo que el paciente no puede respirar, el propio paciente le reitera que *“me ahogo”* y activa como recurso asistencial una Unidad de Asistencia Domiciliaria que acude al domicilio del paciente, en Navalcarnero, a las 12:17 horas. A su llegada objetivan que el paciente se encuentra en parada cardiorespiratoria en asistolia e inician reanimación cardiopulmonar.

Al respecto, el SUMMA 112 ha informado que en la primera llamada el facultativo apreció que los síntomas apuntaban a un problema respiratorio sin signos de gravedad, siendo práctica habitual que el medico regulador solicite hablar directamente con el paciente para comprobar *“el tipo de respiración presente”*. Al respecto, la Inspección Médica señala que *“ante los síntomas presentes en la primera llamada, paciente joven con síntomas desde dos horas que se expresa sin dificultad, sin antecedentes ni otros síntomas o signos de mayor gravedad, no se puede considerar que la evaluación y la decisión de enviar un médico con urgencia sean inadecuados”*. En definitiva, la Inspección considera que los síntomas que presentaba el paciente, en ese momento, no hacían sospechar una urgencia vital.

En la siguiente llamada, que se realiza a las 12:01, el alertante comunica que el paciente ha empeorado, no respira, y el facultativo le indica que inicie masaje cardiaco, facilita indicaciones para su realización y ante la sospecha de parada cardiorespiratoria activa una UVI móvil que se persona en el domicilio, en Navalcarnero, a las 12:18 horas.

Así las cosas, en este caso, lo relevante es establecer si hubo un error en el diagnóstico alcanzado por el facultativo que atendió la

primera llamada y si hubo retraso en la asignación de medios por parte del SUMMA 112.

Al respecto, debemos partir de lo dispuesto en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, cuyo Anexo IV recoge que la prestación de atención de urgencia comprende:

“2.1. La atención telefónica, a través de los centros coordinadores de urgencias sanitarias, que incluye la regulación médica de la demanda asistencial asignando la respuesta más adecuada a cada urgencia sanitaria; la información y la orientación o consejo sanitario.

2.2. La evaluación inicial e inmediata de los pacientes para determinar los riesgos para su salud y su vida y, en caso de ser necesaria, la clasificación de los mismos para priorizar la asistencia sanitaria que precisen. La evaluación puede completarse derivando a los pacientes a un centro asistencial si fuera necesario, para la realización de las exploraciones y procedimientos diagnósticos precisos para establecer la naturaleza y el alcance del proceso y determinar las actuaciones inmediatas a seguir para atender la situación de urgencia (...).

2.5. El transporte sanitario, terrestre, aéreo o marítimo, asistido o no asistido, según lo requiera la situación clínica de los pacientes, en los casos en que sea preciso para su adecuado traslado al centro sanitario que pueda atender de forma óptima la situación de urgencia”.

Además, según recoge el informe de la Inspección Sanitaria el SUMMA 112 dispone de un procedimiento para la Gestión Médico Telefónica de la Demanda Urgente Extrahospitalaria ante síntomas de

“insuficiencia respiratoria” y considera razonable y proporcionado, la interlocución con el paciente, así como, interrogar al interlocutor para evaluar la situación, el alcance, la intensidad o la gravedad de la sintomatología, y en el caso que nos ocupa, según la Inspección Sanitaria, el medico coordinador del Servicio Coordinador de Urgencias (SCU) del SUMMA 112 registró, en la llamada realizada a las 11:54 horas, que el paciente era un joven que tenía dificultad respiratoria desde hacía dos horas y que se expresaba sin dificultad, y determinó el envío de una Unidad de Asistencia Domiciliaria que acudió al domicilio 23 minutos después, a las 12:17 horas y no considera inadecuada, ni la evaluación realizada por el facultativo, ni la decisión de enviar un médico con urgencia, conclusión que acoge la propuesta de resolución.

Sin embargo, tras el examen completo de expediente, no compartimos lo anterior, puesto que cuando se realiza la segunda llamada al 112, a las 12:01 horas, el facultativo sospecha que el paciente se encuentra en parada cardiorespiratoria y activa el envío de una UVI móvil, objetivándose así, que en la primera llamada pudo no haberse valorado la urgencia y gravedad de la situación, así como los riesgos que esta podría ocasionar.

Por lo que respecta a los tiempos de respuesta de los recursos asignados por parte del SUMMA 112, tal y como ya ha sido expuesto, tras la llamada realizada a las 11:54 horas, el facultativo asignó el envío de una Unidad de Asistencia Domiciliaria que se personó en el domicilio del paciente 23 minutos después y tras la segunda llamada, a las 12:01 horas se activó una UVI móvil que acudió al domicilio 17 minutos después.

En cuanto a los tiempos de respuesta entre las llamadas telefónicas al SUMMA 112 y la llegada del recurso asignado al domicilio, la Inspección Sanitaria tiene en cuenta los recursos del

SUMMA 112 disponibles en el ámbito rural más próximo al domicilio “UAD médicas en Móstoles y Chapinería, a 15 y 25 km, respectivamente, y las UVI móviles de Móstoles, a 15 km. Y San Martín de Valdeiglesias a 48 km” y la información disponible en la Memoria del SUMMA-112 del 2017 para considerar que en el caso que nos ocupa, “están muy próximos o son inferiores al objetivo” sin embargo es lo cierto que tal y como figura en el expediente, Protección Civil de Navalcarnero no estaba disponible y según el Observatorio de resultados publicados del Servicio Madrileño de Salud, los tiempos medio de respuesta a las emergencias sanitarias en el año 2018, cuanto se trata de un dispositivo UAD médica, el tiempo de respuesta es de 16 minutos y 48 segundos y en nuestro caso el tiempo de respuesta es de 23 minutos, lo que permite entender que hubo un cierto retraso en los medios empleados.

Por lo expuesto, y teniendo en cuenta que cuanto más precoz es la intervención médica, más posibilidades de recuperación tiene el paciente, consideramos que 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” tal y como recoge la Sentencia del Tribunal Supremo de 24 de septiembre de 2018 (recurso 976/2016).

Por su parte el Tribunal Superior de Justicia de Madrid ha recogido el concepto de pérdida de oportunidad en su Sentencia de 8 de noviembre de 2019 (recurso 178/2018) y en ella 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).

Por su parte, 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, entre otros, de los dictámenes: 131/18, de 15 de marzo, 499/18, de 22 de noviembre, 490/19, de 21 de noviembre, 79/20 de 27 de febrero y 491/20 de 27 de octubre.

En el caso que nos ocupa no puede afirmarse que haya quedado acreditado que la evolución no hubiera sido diferente de haberse observado la gravedad que presentaba el paciente en la primera llamada o que atendido más prontamente, no se hubiera evitado el fallecimiento.

Como recoge la 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"»*.

Por tanto, ha de procederse a la valoración del daño causado. En estos casos, la 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 175.045,33 euros, aplicando 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, pero 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 y por ello, esta Comisión Jurídica Asesora considera adecuada una cantidad global de 5.000 euros para cada uno de los reclamantes, cantidad que debe considerarse ya actualizada.

Por lo hasta ahora expuesto, esta Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede estimar parcialmente la presente reclamación y reconocer a los reclamantes una indemnización global y actualizada de 10.000 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 22 de diciembre de 2020

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 565/20

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid