

Dictamen n.º: **589/20**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **29.12.20**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 29 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., Dña. y D., (en adelante “*los reclamantes*”), todos ellos hijos de la fallecida, Dña., (en adelante “*la paciente*”) al considerar que su fallecimiento se debió a un alta hospitalaria prematura, concedida el día 4 de enero de 2017, por el Hospital Universitario 12 de Octubre y a la negligente asistencia sanitaria dispensada por parte del SUMMA-112 y el Centro de Salud Comillas, en el episodio de disnea que sufrió el día siguiente, en su domicilio.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 5 de abril de 2018, las personas citadas en el encabezamiento, asistidos de letrada, presentaron en el registro de la Consejería de Sanidad una reclamación de responsabilidad patrimonial por el fallecimiento de su madre que atribuyen a una defectuosa asistencia sanitaria dispensada en los citados centros y/o servicios.

Relatan que su madre, que padecía disnea de larga evolución, habría sido dado de alta precozmente de su último ingreso en el Hospital Universitario 12 de Octubre (en adelante, Hospital U. 12 de Octubre), el día 4 de enero de 2017, dónde había permanecido ingresada a cargo del Área de Medicina Interna, con el juicio clínico de traqueobronquitis, de posible origen viral, subsistiendo la sintomatología de disnea y recibiendo una serie de indicaciones, según las cuales deberían ponerse en contacto con su médico/enfermera de referencia, en caso de presentar fiebre, aumento de la disnea o de las secreciones o dolor costal.

Explican que la mañana del día siguiente al alta, la hija de la paciente no conseguía levantar a su madre de la cama, por lo que avisó al servicio municipal de Teleasistencia, en torno a las 13:00 horas. Personado el técnico del referido servicio, constató una gran dificultad respiratoria en la anciana y procedió a avisar telefónicamente al SUMMA 112, para que la trasladaran a un centro hospitalario, aunque los operarios del 112 les indicaron que debían dirigirse a su centro de salud, siendo eso lo que hicieron.

Señalan que a las 15:00 h. y como nadie había llegado al domicilio a asistirla, el hijo de la paciente volvió a llamar al SUMMA, que nuevamente le remitió a su Centro de Salud, no considerado oportuno el envío de una ambulancia. Con gran angustia, el hijo de la paciente llamó al ambulatorio y, en ese momento le indicaron que comunicarían la llamada a su médico de cabecera, para que valorara la gravedad de la situación, de cara a priorizarla o no frente a otro aviso, que también tenía que atender.

La reclamación continúa relatando que el hijo de la paciente volvió a llamar al SUMMA 112 a las 15:00 h. y entonces le indicaron que hasta las 20:00 h. no atendían urgencias, además de insistir en que

pusiera al teléfono a la paciente, para apreciar su sintomatología, pese a que el alertante manifestaba que su madre estaba agonizando.

Refieren que, ante la situación de indefensión y abandono, el hijo de la paciente llamó al 091, cuyos efectivos -una vez personados en el domicilio a las 15:30 h.-únicamente pudieron certificar el fallecimiento de su madre.

La reclamación considera que de lo expuesto se desprende que se abandonó a la paciente a su suerte y que, dado el alta precipitada del centro hospitalario producida el día antes y, ante la ausencia del tratamiento urgente que precisaba la paciente, durante el episodio de disnea del día 5 de enero de 2017, falleció completamente desasistida.

Insiste la reclamación en que la paciente ya había cursado otros ingresos por disnea anteriormente, los cuales habían sido resueltos sin problema, con las atenciones médicas correspondientes y que, en este caso, concurrió una completa desatención.

Por todo lo indicado, se solicita una indemnización de 114.000 euros.

Se aporta con la reclamación diversa documentación: el informe del alta hospitalaria del día 4 de enero de 2017, el informe del Servicio de Teleasistencia y el poder general para pleitos conferido a la letrada actuante.

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

La paciente, de 89 años en la fecha de los hechos principales, había padecido diversos y muy frecuentes ingresos en el Servicio de Medicina Interna del Hospital U. 12 de Octubre, por problemas

respiratorios asociados a una insuficiencia cardiaca, en fechas muy próximas a la de los hechos por los que se reclama. Así pues, en cuanto a los últimos, fue dada de alta el día 19 de diciembre de 2016 y resultó nuevamente ingresada el 21 de diciembre del mismo año, hasta el día 4 enero de 2017.

El informe clínico del día 22 de diciembre, referido al alta de Urgencias y paso a hospitalización, en ese último episodio, recoge diversos datos sobre la complicada situación de base de la paciente: *“Desde el momento del alta la paciente ha continuado con disnea de reposo-mínimos esfuerzos y ortopnea, así como, ruidos de secreciones respiratorias que no moviliza, sin otra sintomatología acompañante. ...A la exploración física llama la atención auscultación cardiaca arritmica y auscultación pulmonar con roncus y sibilancias dispersas. Analíticamente destaca elevación de enzimas de colestasis en contexto de hígado de estasis ya conocido, PCR 1,26 mg/dl, leucocitos normales con neutrofilia y linfopenia, anemia normocítica (hemoglobina 10,7 g/dl) y función renal en torno a su basal (Cr 1.30 mg/dl) sin otros hallazgos de interés...”*.

En apunte recogido en la historia, correspondiente al día 30 de diciembre de 2016, el juicio clínico destaca la circunstancia de que la paciente presentaba una tranqueobronquitis aguda, de posible origen vírico, sin aislamiento microbiológico bacteriano y sin compromiso de la vía aérea, que evolucionaba favorablemente sin antibioterapia, aunque destacando múltiples comorbilidades, así como la insuficiencia respiratoria global secundaria de la paciente.

Los días siguientes, 31 de diciembre y 1 de enero, la paciente se encontró estable y, el 2 de enero de 2017, se anotó la referencia al siguiente plan terapéutico: *“La paciente impresiona de estar en situación basal, y así se informa a su hija. Decidimos mantener en*

observación hasta mañana con gasometría arterial de control y nueva radiografía de tórax (si no hay incidencia, seria altable)”.

El día 3 de enero de 2017, también se reflejó en la historia clínica la situación estable de la paciente, así como el plan de tratamiento, que fue previsto y comunicado a la familia, que pasaba por confirmar la estabilidad, con observación hospitalaria un día más y, en caso de presentar continuidad la evolución favorable, dar de alta a la paciente, con oxígeno domiciliario.

En apunte del mismo día se refleja que la paciente sufrió un episodio de hipertensión arterial y se atendió rápidamente la crisis hipertensiva. Consta: *“PLAN: aunque la paciente refiere disnea no hay datos en la exploración de descompensación, de insuficiencia cardiaca franca y está registrada la persistencia de la queja de disneas sin correlato clínico previamente”*. Y tres horas más tarde se reevaluó a la paciente, con mejoría tensional y reajuste de la medicación antihipertensiva y mantenimiento de la observación clínica, aunque el episodio no se consideró relacionado con la disnea, constando posteriores apuntes de enfermería, que corroboran la solución del problema hipertensivo.

Al día siguiente, 4 de enero, el personal de Enfermería anotó: *“Pasa buena mañana. Acompañada, afebril, normotensa. Levantada al sillón con buena tolerancia. Realizado índice de coagulación capilar. Dada de alta, realizo informe de enfermería”*.

El informe de alta, de 4 de enero de 2017, a las 15:08 horas, refiere el siguiente juicio diagnóstico: *“Mujer de 89 años que ingresa en sala de Medicina Interna por traqueobronquitis infecciosa de perfil viral e insuficiencia cardiaca izquierda leve. Bajo terapia broncodilatadora y esteroides sistémicos (sin necesidad de antibioterapia), ha presentado*

buena evolución clínica, permaneciendo en todo momento afebril y con desaparición de los roncus en las primeras 72 horas de ingreso. Se ha constatado una insuficiencia respiratoria global, de probable origen multifactorial (obesidad-hipoventilación, cifosis, cardiomegalia), por la que se prescribe oxigenoterapia domiciliaria al alta. La paciente ha continuado con quejas subjetivas de disnea, sin que ello se tradujese en cambios en la pulsioximetría (SpO2 99% con GN a 2 lpm), ni en la exploración física, habiéndose comprobado estabilidad clínica tras 8 días de observación hospitalaria en situación estable una vez recuperada de su traqueobronquitis. Su familiar (hija) ha sido pormenorizadamente informada a lo largo de todo el ingreso”.

Por su parte, el informe también recoge profusamente los antecedentes médicos de interés de la paciente, todos ellos asociados a posibles complicaciones de gravedad. De entre los mismos, destacamos los atinentes a sus patologías coronarias, respiratorias y a los trastornos de deglución, como posible origen de la traqueobronquitis viral que padeció durante su último ingreso:

-Fibrilación auricular permanente anticoagulada con acenocumarol, en estrategia de control de frecuencia con nebivolol. Sin eventos hemorrágicos, pero con anteriores complicaciones embólicas: Ictus cardioembólico manifestado como disfasia transitoria (2005) e Isquemia subaguda de MID (obstrucción poplítea) como complicación cardioembólica, tratada con trombectomía poplítea (junio de 2015).

-Miocardiopatía válvulo-hipertensiva (doble lesión aórtica con estenosis moderada e insuficiencia ligera, HVI severa), con ingresos repetidos por insuficiencia cardíaca en relación con mal control tensional (tres en 2016: mayo, junio y diciembre de 2016). En seguimiento por Cardiología de F. Jiménez Díaz. Hipertrofia severa concéntrica. Estenosis aórtica moderada degenerativa.

-Enfermedad aterotrombótica con ateromatosis calcificada diseminada de predominio en aorta abdominal y bifurcación iliaca (TC corporal de Julio de 2015), con complicación embólica poplítea (junio de 2015), en seguimiento anual por Cirugía Vascular (última consulta en febrero de 2016).

-Trastorno crónico de la deglución en presumible relación con trastorno motor esofágico neurógeno (en seguimiento por Servicio de Aparato Digestivo hasta diciembre 2014, Fundación Jiménez Díaz) al que se han atribuido varios episodios de bronquitis aguda por atragantamiento. En fibrolaringoscopia y videoendoscopia de deglución, practicadas en 2015, se concluyó un retraso de disparo de deglución y defecto propulsivo oral: *"presbifagia con mal manejo de mezcla de texturas"*.

-Disnea con amplio estudio dirigido, sin alteraciones gasométricas ni espirométricas, de origen multifactorial (obesidad, posible hiperreactividad bronquial, insuficiencia cardíaca, componente psicógeno).

-Síndrome constitucional con predominio de pérdida ponderal estudiado en consultas de Medicina Interna entre mayo y agosto de 2015, con TC corporal sin hallazgos de interés (la paciente rechazó colonoscopia por incapacidad para realizar preparación), atribuyéndose a disminución de la ingesta en relación con alteraciones deglutorias; estudiada posteriormente (diciembre 2015) por Servicio de Endocrinología con diagnóstico de desnutrición proteica con recomendaciones de suplementos nutricionales (última revisión en Diciembre/2015).

-Gastritis crónica atrófica, en tratamiento con inhibidores de la bomba de protones desde 2005 (última gastroscopia en 2014).

-Alteración mixta del perfil hepático en probable relación con hígado de estasis (2016).

-Carcinoma renal de células claras, tratado con nefrectomía derecha (1990).

-Poliartrosis con exacerbación de coxalgia mecánica (desde 2015) en seguimiento por Servicio de Traumatología del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, constando la última revisión en enero 2016, así como su tratamiento, con opioides mayores y AINES con coadyuvantes.

Según lo indicado, la paciente fue dada de alta el día 4 de enero, retornando a su domicilio, donde residía con su hija.

El día siguiente, el 5 de enero, en torno a las 13:00h., la hija de la paciente, avisó al Servicio de Teleasistencia municipal reclamando su ayuda, dado que no conseguía levantar a su madre de la cama y que presentaba mayores dificultades respiratorias. Personado el técnico del indicado servicio en el domicilio, y constatando la situación, procedió a llamar al SUMMA-112, a las 13.49 h. solicitando asistencia por el mal estado clínico de la paciente y su dificultad respiratoria. El SUMMA manifestó al alertarte que habría que avisar al médico de atención primaria y que dejaban el aviso.

Según se refleja en el posterior informe del servicio de Teleasistencia se procedió a cursar el aviso al centro de salud, en torno a las 14:00h. Por su parte, el informe de la Dirección del Centro de Salud, indica que la doctora encargada del caso habría organizado plan para acudir al domicilio.

En cualquier caso, no habiendo acudido ningún doctor al domicilio a las 15:17 horas, otro de los hijos de la paciente llamó

nuevamente al SUMMA desde el domicilio familiar, indicando la situación de espera y que precisaban de un médico que acudiera a atender a la enferma. Desde el SUMMA, se informa nuevamente del procedimiento para pedir un aviso a domicilio, indicando que debían llamar al ambulatorio para solicitar la presencia del médico de Atención Primaria, ya que *“es el único médico que va en el día de hoy”* y también *“... es que yo no tengo médico hasta las 8 de la noche, cuando ellos terminan”*.

A las 15:35 consta una nueva llamada al SUMMA 112, reclamando una ambulancia urgente. En ese momento, el hijo de la paciente indica que su madre *“...está dejando de respirar por instantes”* y el médico del SUMMA insiste en que la paciente se ponga al teléfono, para constatar personalmente la dificultad. La tensión del momento es máxima y el hijo contesta airado a la doctora del SUMMA, preguntándole si es boba ((: *“- ¿Usted es boba o es boba?, ¿Cómo que si se puede poner...?...”*) y, ante esta circunstancia, la doctora decide poner fin a la llamada (*“Buenas tardes, no insultan a nadie ¿de acuerdo? Buenas tardes. - Le estoy diciendo que no respira...”*).

Posteriormente, el hijo de la paciente llamó al 091, cuyos efectivos personados en el domicilio, únicamente pudieron certificar el fallecimiento de su madre.

Incoado procedimiento penal del que conoció el Juzgado de Instrucción nº 10 de Madrid, finalizada la instrucción, se acordó el sobreseimiento y archivo de las Diligencias Previas 555/2017, que se siguieron contra la doctora del Centro de Salud de Atención Primaria, mediante Auto 117/2018, de 17 de enero, al considerar, que de lo actuado no aparecía debidamente justificada la perpetración del delito que había dado lugar a la formación de la causa, y ello porque no constaba que los investigados hubieran desatendido a la paciente, sin

perjuicio de las posibles reclamaciones en vía administrativa, que se tuvieran por pertinentes.

Este auto, al referirse a los hechos comprobados en que se funda, establece que *“...sobre las catorce horas aproximadamente, se recibió en el Servicio de Salud Comillas llamada solicitando una visita al domicilio de Doña.... Este aviso fue pasado a la Doctora...a las quince horas, en el momento de llegar la paciente había fallecido. Dificilmente puede entenderse que la actuación de la investigada pueda reprocharse penalmente”*.

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).

Mediante diligencia de instrucción, notificada a la representación de los reclamantes, el 19 de abril del 2018, se interesó la subsanación de su solicitud, con particular referencia, a la acreditación del parentesco de los tres reclamantes con la paciente y a la circunstancia de que la reclamación presentada no se encontrara prescrita respecto a uno de los hermanos- toda vez que en el Servicio Madrileño de Salud, no constaba su condición de denunciante en el procedimiento penal-. También se requirió la aportación de copia de la resolución judicial que puso fin al referido procedimiento penal.

En contestación a lo requerido, mediante escrito de 24 de abril, se incorpora el Libro de Familia, el Auto de 13 de marzo de 2018, que desestimó el recurso de reforma interpuesto frente al Auto del sobreseimiento y archivo del procedimiento penal, así como la Providencia de 27 de septiembre de 2018, dictada por el Juzgado de Instrucción nº 10 de Madrid, certificando que los tres hijos de la

fallecida se personaron en el procedimiento penal, pero que por omisión en la anterior Providencia de 5 de octubre de 2017, no se reflejó a uno de ellos, que es el varón respecto del que ahora se planteaba la duda.

El 10 de septiembre de 2018, la instructora del procedimiento comunica a la representación de los reclamantes que se admite a trámite la reclamación únicamente en cuanto a dos de los hermanos, hijos de la fallecida, al no haber quedado acreditada la no prescripción conforme constaba en el previo requerimiento efectuado.

Se adicionó al expediente la historia clínica de la paciente y, en cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81.1 LPAC, se incorporó un informe elaborado por el jefe de Servicio de Medicina Interna del Hospital U. 12 de Octubre, de fecha 5 de noviembre de 2018, que resume la intervención sanitaria dispensada durante el último ingreso hospitalario de la paciente y su comprometida situación de salud, argumentando que el alta concedida en ningún caso fue prematura, con independencia del fallecimiento producido el día después, diciendo: *Doña.....Era una paciente de 89 años de edad con una importante comorbilidad y que fue ingresada en nuestro Servicio el 1 de Diciembre de 2016 por un cuadro de Insuficiencia cardiaca. Tras permanecer dos semanas hospitalizada fue dada de alta el día 19 de Diciembre, reingresando tres días después por un cuadro de insuficiencia respiratoria secundario a una traqueobronquitis vírica. La paciente fue tratada durante su ingreso con oxigenoterapia, broncodilatadores, y antibióticos, lográndose una mejoría de los síntomas hasta conseguir que la paciente llegara a su situación basal. Este hecho se constata en los comentarios de médicos y enfermeras en la historia clínica; la paciente el día del alta estaba estable con una saturación de O2 del 99% con gafas nasales a 2L. En esa situación, y*

tras 13 días de hospitalización la paciente fue dada de alta con O2 domiciliario.

En este contexto, no podemos estar de acuerdo con los familiares de....en que la atención de la paciente en nuestro Servicio no fuera adecuada ni que el alta fuera precipitada. Hay que tener en cuenta que pacientes como..., mayores y con una alta comorbilidad mantienen un equilibrio muy inestable que les lleva a descompensaciones muy frecuentes de su ya de por sí mala situación basal”.

Se incorpora igualmente al procedimiento el informe de la directora médica del SUMMA 112, de 11 de septiembre de 2018, que valora la atención dispensada como correcta, insistiendo en la imprevisibilidad del fatal desenlace y en que la obligación en materia de prestación sanitaria es de medios. Junto con el mismo se incorporaron las transcripciones de los audios de los avisos al SUMMA.

También se incorpora informe de la Dirección médica del Centro de Salud Comillas, de 8 de octubre de 2018, que relata cómo se recogió el primer aviso del hijo de la paciente a las 14:08 h del día 5 de enero de 2017, que se valoró telefónicamente por una doctora como de “*atención domiciliaria*”, registrándose el aviso en la agenda de la facultativa de Atención Primaria de la paciente a la 15:00 h. Esta doctora, finalmente acudió al domicilio de la paciente, aunque ya la encontró sin vida, por lo que únicamente pudo certificar la defunción.

También se ha incorporado al expediente el informe de 21 de mayo de 2019 de la Inspección Sanitaria, que considera que el alta hospitalaria de la paciente- el día anterior a su fallecimiento- no resultó prematura, y se justifica adecuadamente en el informe de alta de Medicina Interna del Hospital U.12 de Octubre, en coherencia con los comentarios evolutivos sobre los diferentes tratamientos

dispensados y, en cuanto a la asistencia tras el alta, se incide en que el Centro de Salud había planeado enviar un médico al domicilio de la fallecida y considera que la asistencia del SUMMA fue correcta. Por todo ello, el Informe de la Inspección concluye que la atención dispensada a la paciente por parte del servicio público de salud, en su conjunto, fue correcta y se acomodó a *lex artis*.

Consta escrito de impulso procedimental de los reclamantes, con fecha de entrada en registro el 19 de septiembre de 2019 y, el 10 de diciembre del mismo año, se concedió trámite de audiencia a los reclamantes.

Haciendo uso del mismo, mediante escrito de fecha 27 de diciembre de 2019, los reclamantes manifiestan que en la transcripción de las llamadas del SUMMA se había incluido por error una llamada que no correspondía con el caso analizado y omitido otra que- por el contrario- sí tuvo lugar y también que, en el informe de la Inspección sanitaria había errores en cuanto al cálculo de los tiempos entre las diferentes llamadas. Por lo demás, discrepan de las valoraciones efectuadas sobre la praxis de los actuantes, insistiendo en su argumentación sobre el alta hospitalaria prematura, concedida el día 4 de enero de 2017 y en la completa desatención del día siguiente.

Con ese escrito se aportan diversos documentos. A saber: reclamación de fecha 10 de enero de 2017, dirigida al SUMMA 112, formulada por el hijo de la fallecida, al que se había negado la intervención en el procedimiento, por considerarla extemporánea. En ese escrito, el indicado hijo reclamaba por razón de la asistencia dispensada en relación con los avisos del día 5 de enero de 2017, tan solo cinco días después de esa fecha. Se aportó también la subsiguiente contestación recibida, de fecha 1 de febrero de 2017, suscrita por el subdirector de enfermería, responsable del

Departamento de Atención al Usuario del SUMMA 112, lamentando que la atención dispensada no fuera del agrado del reclamante y trasmitiéndole sus condolencias por el fallecimiento.

Por último, se incorpora Memoria del SUMMA 112, correspondiente al 2017, expresiva de los recursos de que disponía el servicio, en ese momento.

A la vista de los errores de las transcripciones de las llamadas al centro de alerta y sin que conste una diligencia de instrucción que formalmente ordenara la retroacción del procedimiento, según resulta del expediente, se recabó nuevo informe del SUMMA 112, para subsanar las omisiones o errores del anterior.

De ese modo, consta segundo informe del SUMMA 112, emitido por la directora médica de Coordinación y Transporte Sanitario, con fecha 21 de febrero de 2020. En el mismo se insiste en la dificultad de evaluar la sintomatología de la paciente a partir de las indicaciones de terceros, en el carácter evolutivo y cambiante de las situaciones clínicas, plantea que consideraron que dada la proximidad del alta hospitalaria del día anterior era más adecuada la asistencia a la enferma por un médico que acudiera al domicilio y apunta que determinadas decisiones de los familiares demoraron la asistencia de la paciente. Adicionalmente, aporta copia del protocolo que recoge el procedimiento para la gestión telefónica de la demanda urgente extra hospitalaria correspondiente a síntomas de “disnea”, así como CD y copia de la transcripción de las llamadas efectuadas al teléfono de emergencia 061 y Madrid 112.

Se recoge el detalle de los momentos principales de estos avisos telefónicos:

5 DE ENERO A LAS 13:45 HORAS.

... ¿qué le ocurre a la señora?

- Pues tiene mucho ruido al respirar, bastante gorgoteo, no tiene fiebre, pero parece que tiene un poquito de tiraje.

- ¿Le cuesta hablar?

- Sí, dice la hija que sí, le cuesta...

- Muy bien le paso, no se retire.

- Sí, hola buenos días.

- Hola buenos días doctora, soy de teleasistencia de ASISPA, estamos en casa de... que ayer por lo visto le dieron el alta en el hospital, hoy hemos venido a ayudar a la hija que a tratar de incorporarla, se le estaba medio cayendo...

- Sí.

- Pues ya a ayudarla y a ponerla en su sitio y demás hemos apreciado que poquito de tiraje, algo de calor aunque el termómetro es un digital y no refiere fiebre...

- Sí.

- Y mucho gorgoteo, tiene oxígeno al 1,5.

- ¿Y de qué la diagnosticaron ayer en el hospital?

- Pues estuvo con una bronquitis o una neumonía.

- ¿Perdón? Le oigo muy mal...

- Encharcamiento de pulmón derecho.

- ¿Encharcamiento pone? Es que no le oigo...encharcamiento.

- Sí encharcamiento.

- Encharcamiento ¿le han dado el alta?, sí. Ayer, por segunda vez, le habían dado le alta anteriormente y tuvo que volver al hospital al día siguiente.

- Y, ¿Le han dado el alta con el encharcamiento?- El diagnóstico inicial es una traqueobronquitis aguda de posible origen viral, también

una insuficiencia cardiaca izquierda leve y una insuficiencia respiratoria global multifactorial.

- Bronquitis, bronquitos aguda, insuficiencia cardiaca habría que avisar a su médico de atención primaria que vaya a verla, eh? Ahí al domicilio.

- ¿Vale?

- Pues dejamos el aviso, muchas gracias.

- A usted. Hasta luego.

- Hasta luego”.

5 DE ENERO 15:17 horas.

“Hola buenas tarde.

- Hola buenas tardes.

- Dígame señor.

- Pues como le decía a la señorita que me ha cogido el teléfono, lo que necesito es un médico que venga, a ver si puede venir a ver a mi madre a casa, porque...

- Pues tiene que llamar al Centro de Salud, es el único médico que va en el día de hoy. ¿Ha llamado usted ya allí para dejar el aviso?

- No, no, no he llamado.

- Tiene que llamar al centro de Salud, en la tarjeta sanitaria, en la parte posterior donde pone citas y el médico irá al domicilio, ¿de acuerdo? Yo es que no tengo médico hasta las 8 de la noche, cuando ellos terminan.

- Vale ¿de acuerdo?:

- De acuerdo, Gracias.

- Hasta luego”.

5 DE ENERO DE 2017. 15:35 HORAS

- *“Urgencias médicas, buenas tardes.*
- *Hola 112.*
- *Dime.*
- *Es un teléfono que tenéis...*
- *Sí aquí está...*
- *Eso es, es que necesitan una ambulancia.*
- *Vale, pues pásamelo, gracias.*
- *Te paso.*
- *Urgencias médicas, le vuelvo a pasar, un momento.*
- *...*
- *SUMMA, buenas tardes.*
- *Si buenas tardes, dígame por favor.*
- *Necesito urgente una ambulancia para llevar a mi madre al hospital.*
- *Pues mire, está dejando de respirar por instantes, más fácil no se lo puedo decir...*
- *¿Desde cuándo esta con dificultad para respirar?, ¿Ya ha hablado con un compañero?*
- *Mándelo ya.*
- *No dígame, ¿Desde cuándo esta con dificultad para respirar?*
- *Que ya no respira oiga, que ya no respira, joder.*
- *A ver, ¿Ella se puede poner, por favor?*
- *Que si se puede poner... si le estoy diciendo que no respira, coño.*
- *Por favor, ¿Se puede poner ella?*
- *¿Usted es boba o es boba?, ¿Cómo que si se puede poner...?*
- *Buenas tarde, no insultan a nadie ¿de acuerdo?, Buenas tardes.*
- *Le estoy diciendo que no respira...*
- *Buenas tardes.*
- *... Qué coño se va a poner (la madre que me parió, que se ponga ella dice...).”*

Trasladado todo ello a la Inspección Sanitaria, se emite un informe complementario por su parte, de fecha 12 de mayo de 2020 que, corrige las omisiones/imprecisiones horarias de las transcripciones de las llamadas del anterior, aunque no considera que ello determine un cambio en el sentido de su juicio crítico, ni de la conclusión del primer informe.

Concedido nuevo trámite de audiencia a los reclamantes, se efectúan nuevas alegaciones, incorporadas al procedimiento el 22 de mayo de 2020, en las que se reiteran en los términos de su reclamación inicial y, sobre el nuevo informe de la Inspección, critican que no se hayan modificado las conclusiones del primero, por cuanto del error en las transcripciones constatado resulta la evidencia de que desde el SUMMA 112 nunca se ofreció un traslado en ambulancia para esta paciente. También se critica la profesionalidad de quien atendió la última de las llamadas del hijo de la fallecida, que cuándo el afectado la llamó “*boba*”(sic.), ante su insistencia de que la paciente se pusiera al teléfono, mientras el alertante le indicaba que su madre se estaba ahogando, colgó la llamada y no activó ningún recurso asistencial.

Incorporado todo ello al procedimiento, el 6 de noviembre de 2020 el viceconsejero de Asistencia Sanitaria fórmula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación presentada, por considerar que la atención dispensada por parte del Hospital 12 de Octubre, el SUMMA 112 y el Centro de Salud Comillas, se ajusta a la *lex artis ad hoc*.

CUARTO.- El consejero de Sanidad formula preceptiva consulta por trámite ordinario que ha tenido entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora el 19 de noviembre de 2020, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la letrada vocal Dña. Carmen Cabañas Poveda, que formuló y firmó la oportuna

propuesta de dictamen, siendo deliberada y aprobada, por unanimidad, en el Pleno de la Comisión en su sesión de 29 de diciembre de 2020.

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 tres hijos de la 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 las atenciones cuestionadas, fueron desarrolladas en todos los casos en centros y/o unidades asistenciales titularidad de la administración sanitaria madrileña (el Hospital U. 12 de Octubre, el SUMMA 112 y el Centro de Salud Comillas).

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 el presente caso, el fallecimiento de la madre de los reclamantes se produjo el 5 de enero de 2017, pero al haberse presentado denuncia penal ante los juzgados de Instrucción de Madrid se interrumpió el plazo de prescripción, que se reanuda, cuando el referido procedimiento concluyó, con la notificación del Auto de 13 de marzo de 2018, que desestimó el recurso de reforma interpuesto frente al Auto del sobreseimiento y archivo del procedimiento penal. Se desconoce el momento de esa notificación, pero siendo lógicamente en momento posterior a su fecha y dado que la reclamación que ha dado lugar a este procedimiento se interpuso muy pocos días después, el 5 de abril del 2018, puede concluirse que está presentada en plazo legal.

Respecto a la tramitación del procedimiento ha de estarse a lo establecido en la LPAC. En este caso, consta que se ha solicitado informe de los servicios a los que se imputa la producción del daño, conforme reclama el artículo 81 de la LPAC y también se ha recabado el informe de la Inspección Sanitaria. Habiéndose completado/corregido el de uno de los servicios implicados- el SUMMA 112-, a la vista de lo recogido en sus alegaciones por los reclamantes, que detectaron errores y omisiones en el mismo, se retrotrajo el

procedimiento para su valoración posterior por la Inspección sanitaria y, nuevamente cumplimentado, se confirió un segundo trámite de audiencia a los reclamantes, que por ello no han resultado lesionados en su derecho a la audiencia y defensa en este expediente, de acuerdo con el artículo 82 de la LPAC. Por último, consta la correspondiente propuesta de resolución, que finalmente no cuestiona la prescripción de la reclamación respecto de ninguno de los tres hijos de la fallecida, aunque tiene carácter desestimatorio, por cuanto considera que la asistencia dispensada fue ajustada a la *lex artis*.

Analizado el desarrollo procedimental, 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 de la madre 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, a la combinación producida por el alta prematura en el último ingreso hospitalario de la paciente, que tuvo lugar entre los días 21 de diciembre de 2016 y 4 de enero de 2017 en el Hospital U. 12 de Octubre, y la falta de atención médica al episodio de disnea que sufrió en su domicilio al día siguiente, en que finalmente no llegó a ser atendida por ningún facultativo, pese a los tres avisos telefónicos al

SUMMA 112 que efectuaron sus hijos, perdiendo toda oportunidad de superarlo.

De ese modo cuestionan la asistencia dispensada a la paciente en el Hospital U. 12 de Octubre y la actuación del SUMMA 112 y del propio Centro de Salud Comillas, al no atender las llamadas de urgencia que se les realizaron, ni movilizar recursos para acudir a prestar la asistencia debida, con la diligencia y rapidez que la situación requería y haber “*abandonado a su suerte*” a la paciente, que falleció en su domicilio, sin que acudieran en su ayuda los dispositivos médicos y/o de urgencia.

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 materia probatoria, los reclamantes únicamente han incorporado al expediente la documentación correspondiente al informe del servicio de Teleasistencia, así como la temprana reclamación de uno de los hijos de la paciente, cinco días después del fallecimiento de su madre y la correspondiente carta de contestación del SUMMA. Por lo demás, sustentan su reclamación en la valoración del material incorporado al expediente a impulso del instructor – y del que lo integran por imperativo de las previsiones de la LRJSP- y, muy especialmente en el detalle de las llamadas que efectuaron los hijos de la fallecida al SUMMA 112, y al Centro de Salud Comillas, así como en las consecuencias asistenciales que las mismas tuvieron - o más bien, en su ausencia-. Por ello, deberemos analizar todos esos informes y

documentos para efectuar un planteamiento crítico sobre el proceso asistencial.

Respecto al primero de los reproches, el informe del Servicio de Medicina Interna del Hospital U. 12 de Octubre resume las intervenciones y atenciones médicas que se desarrollaron durante el último ingreso en ese hospital para tratar a la paciente y justifica con solvencia las razones del alta del día 4 de enero, destacando- también- la grandísima cantidad de patologías que la misma padecía, susceptibles de causarle complicaciones muy importantes: fibrilación auricular permanente anticoagulada, anteriores complicaciones embólicas, miocardiopatía válvulo-hipertensiva (doble lesión aórtica con estenosis moderada e insuficiencia ligera, HVI severa), ingresos repetidos por insuficiencia cardíaca en relación con mal control tensional, estenosis aórtica moderada degenerativa, enfermedad aterotrombótica con ateromatosis calcificada diseminada de predominio en aorta abdominal y bifurcación iliaca, trastorno crónico de la deglución en presumible relación con trastorno motor esofágico, disnea de origen multifactorial (obesidad, posible hiperreactividad bronquial, insuficiencia cardíaca, componente psicógeno), gastritis crónica atrófica y alteración mixta del perfil hepático, entre otras.

A la vista de tan delicadísima situación, según se explica en el informe antes citado del jefe de servicio bajo cuya responsabilidad se concedió el alta hospitalaria, los pacientes de edad avanzada, con patologías asociadas y con una alta comorbilidad, mantienen un equilibrio muy inestable que les lleva a descompensaciones muy frecuentes de su ya de por sí mala situación basal. Por tanto, siendo razonable el alta, en el momento en que se produjo, probablemente el día siguiente se produjo una descompensación súbita e imprevisible que difícilmente hubiera podido solucionarse, con independencia de la asistencia que se prestase. En idéntico sentido se expresa el informe de

la Inspección Sanitaria cuando afirma que: *“La rapidez con que se desencadenaron los hechos finales indican que el pronóstico de la paciente era sombrío fuera cual fuera la asistencia que se prestase. El informe de Medicina Interna señala la comorbilidad y avanzada edad de la paciente como elementos de riesgo para una descompensación súbita; tal parece que eso fue lo que sucedió”*.

A mayor abundamiento, cuestionar el alta o tacharla de prematura por su proximidad temporal con el momento en que se produjeron los hechos finales, incurre ciertamente en la prohibición de regreso, ya que tiene en cuenta de forma determinante para valorar una intervención o decisión médica, acontecimientos posteriores desconocidos en el momento de la actuación desencadenante del daño, así sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 2 de marzo de 2020 (rec. 424/2017), ente otras.

En cuanto a la actuación de los facultativos del SUMMA 112, según la documentación obrante en el expediente, ya en la primera de las llamadas, efectuada a las 13:45 h. por el técnico de Teleasistencia que se personó al domicilio de la paciente a requerimiento de su hija, se informó al SUMMA 112 de la comprometida situación de la paciente, siendo además el referido alertante personal *cualificado*, no implicado subjetivamente con el paciente. En esa llamada, la facultativo indicó la necesidad avisar al médico de atención primaria (*“Bronquitis, bronquitis aguda, insuficiencia cardiaca... habría que avisar a su médico de atención primaria que vaya a verla, eh? Ahí al domicilio”*) y refiere expresamente que: *“dejamos el aviso”*.

Más tarde, a las 15:17 horas, en una segunda llamada efectuada esta vez, por otro de los hijos de la paciente, este reclama directamente la presencia de un médico que atendiera a su madre en el domicilio y, ante las contestaciones que proporciona el facultativo del SUMMA se

hace evidente que ese aviso no fue dado, como consecuencia de la primera llamada, indicándose al alertante que deberá ser él quien llame al Centro de Salud, y que no existe otra forma de que un facultativo acuda a casa. Por otra parte, en ningún momento, se ofrece movilizar otro tipo de recurso que garantizase una presencia médica más rápida y, finalmente, a las 15:35 h., ante el requerimiento directo del hijo-alertante solicitando una ambulancia y pese a la constancia de las dos llamadas anteriores, la facultativa cuestiona la urgencia pidiendo que la paciente se pusiera al teléfono, pese a la desesperación del hijo que afirma, que *“está dejando de respirar por instantes, más fácil no se lo puedo decir...”* o *“Que ya no respira oiga, que ya no respira”* y, cuando ante su insistencia el hijo pierde comprensiblemente la paciencia y llama “boba” a la interlocutora del SUMMA, esta decide cortar la llamada, sin movilizar recurso alguno.

Al respecto, el SUMMA 112 ha informado que determinadas decisiones tomadas por los familiares demoraron la asistencia de la paciente, ya que a pesar de la llamada de las 13:48h no se procedió a llamar al centro de salud. Sobre este extremo, deben apuntarse varias cuestiones, de una parte lo confuso de la conversación telefónica, que indica *“dejamos el aviso”* y probablemente esa indicación pudo hacer pensar que el aviso quedaba dado.

Pero, en cualquier caso, según consta en el informe del Servicio de Teleasistencia, fueron ellos quienes primero avisaron al Centro de Salud, efectuando llamada a las 14:00h.

Efectivamente, entre las funciones del Servicio Coordinador de Urgencias (SCU) del SUMMA 112, recogidas en el Anexo IV del Real Decreto 1030/2006 de 16 de Septiembre por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud y el Procedimiento para su actualización, está incluida la derivación al

Centro de Salud, ante determinados síntomas, como una de las posibles resoluciones de la llamada.

Por lo demás, al referirse la norma a la prestación de atención de urgencia, indica que comprende una diversidad de atenciones, para dar a cada situación la orientación más adecuada:

“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”.

Lo cierto es que, en el caso que ahora analizamos no parece que se diera ningún consejo o solución, más allá de la indicación de llamar al Centro de Salud y, ante la evidencia de la gravedad final de la

situación, lejos de adoptar alguna determinación positiva, a la vista del nerviosismo del familiar, el facultativo actuante del SUMMA, decidió dar por finalizada la llamada y no activar ninguna respuesta sanitaria, ni asistencial.

Por su parte, en cuanto al aviso al Centro de Salud, según consta en el expediente se habría efectuado en torno a las 14:00h. , aunque hasta las 15:00h, no se reflejó en la agenda del médico de cabecera de la paciente.

Resulta así que, a efectos prácticos y en cuanto al análisis de la intervención del SERMAS 112, desde la primera de las llamadas hasta la última, pasaron 1 hora y 46 minutos, y en ese tiempo no se gestionó la presencia de un facultativo en el domicilio. Por otra parte, en cuanto a la asignación del recurso por el Centro de Salud, el aviso no apareció reflejado en la agenda de la doctora de Atención Primaria llamada a atenderlo, hasta después de transcurrir 1 hora desde el momento en que se dio por el Servicio de Teleasistencia, resultando pues completamente imposible que se atendiera en ese espacio de tiempo.

Por lo expuesto, y teniendo en cuenta que cuanto más precoz es la intervención médica, más posibilidades de recuperación tiene el paciente afectado por la urgencia, 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 de la paciente hubiera sido diferente de haberse atendido más prontamente, ni siquiera si así se hubiera evitado el fallecimiento. No obstante, 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 y, para estos casos, el Tribunal Supremo, entre otras en Sentencia 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”*.

Con independencia de la cuantía que solicitan los reclamantes - 114.000, euros- y dado que en la pérdida de oportunidad solo se valora el daño moral ocasionado a los interesados, esta Comisión Jurídica Asesora considera adecuada una cantidad indemnizatoria global de 2.000 euros para cada uno de los reclamantes, cantidad que debe considerarse ya actualizada.

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

CONCLUSIÓN

Procede estimar parcialmente la presente reclamación y reconocer a los reclamantes una indemnización global y actualizada de 2.000 euros, para cada uno de los reclamantes.

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 29 de diciembre de 2020

La Vicepresidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 589/20

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid