

Dictamen nº: **646/21**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **14.12.21**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 14 de diciembre de 2021, 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 Dña. y Dña. (en adelante “*las reclamantes*”), hijas del fallecido, D., (en adelante “*el paciente*”); al considerar que su fallecimiento se debió a la defectuosa asistencia sanitaria dispensada en el tratamiento del aneurisma de aorta abdominal que padecía, por parte del Hospital Universitario Severo Ochoa, de Leganés, el SUMMA 112 y por el Hospital Clínico San Carlos.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 8 de abril de 2020, las personas citadas en el encabezamiento, asistidas de letrado, presentaron en el registro electrónico de la Consejería de Sanidad una reclamación de responsabilidad patrimonial por el fallecimiento de su padre que atribuyen a una defectuosa asistencia sanitaria dispensada en los citados centros y/o servicios.

Consideran las reclamantes que los facultativos del Hospital Universitario Severo Ochoa, dejaron evolucionar indebidamente el aneurisma de aorta abdominal -AAA- que padecía su padre a lo largo de los años, desde el 2008 en que le fue detectado hasta el mes de mayo de 2019 en que se rompió, decidiendo unilateral y equivocadamente no intervenir con anterioridad, de forma preventiva.

De ese modo, mantienen que el seguimiento del aneurisma fue incorrecto y que medió ausencia de información clínica en torno a la decisión de no intervenir al enfermo, pues la progresión de su evolución hubiera aconsejado que en la revisión de 22 de septiembre de 2017 se le planteara la cirugía, ya que desde entonces se observó una velocidad de crecimiento mayor a 0,5 cm en 6 meses, que evidenciaba el inminente riesgo de rotura (*“...se recomienda fijar como dintel de alarma cualquier diámetro del AAA superior a los 5,5 cm, o una velocidad de crecimiento mayor de 0,5 cm en 6 meses, ya que de superarse el riesgo de rotura es máximo ...”*). Así pues, indican que llegado ese momento, se debió haber explicado al paciente la situación, para que tomara la decisión correspondiente, cosa que en este caso no se hizo y que, además, el criterio adoptado le privó de la posibilidad efectiva de sanar (*“...resulta increíble que esta decisión pueda tomarse de manera unilateral, únicamente se informó verbalmente al paciente y a sus familiares, en marzo de 2019, que el aneurisma estaba creciendo pero no se indicaron las alternativas terapéuticas, ni los riesgos y beneficios de las mismas”-sic.-*).

En cuanto a la urgencia de los días 2 y 3 de mayo de 2019, se cuestiona la intervención del SUMMA 112 y la que más tarde se desarrolló en el antes indicado Hospital Universitario Severo Ochoa, de Leganés y, finalmente, en el Hospital Clínico San Carlos, donde fue trasladado el paciente para intervenirle.

Se explica en la reclamación que una de las hijas del paciente, el 2 de mayo de 2019 a las 7:44 horas, llamó al 112 con la finalidad de solicitar una ambulancia que trasladara a su padre al hospital, ya que presentaba un dolor intenso en la región lumbar, náuseas, sudores fríos, temblores y mala movilidad. Refieren que, a pesar de que en la llamada se mencionaron los antecedentes clínicos, no se valoró la urgencia de manera adecuada, pues en vez de trasladarlo inmediatamente a un hospital, se envió al domicilio del paciente una Unidad de Asistencia Domiciliaria, con un doctor al que nuevamente relataron las circunstancias del aneurisma que padecía el afectado, así como que mantenía tratamiento anticoagulante con Sintrom y que, tras explorarle, constató un dolor de gran intensidad y fiebre 38,2°, ante lo cual indicó que el paciente debía tomar paracetamol y -ya entonces sí-, sobre las 8:00 horas, solicitó una ambulancia para trasladarlo al hospital.

Pese a ello, indican que debieron efectuar una nueva llamada al Servicio de Urgencias 112 a las 9:32 horas y que no se movilizó efectivamente el recurso para el traslado hasta las 9:52 horas, llegando al domicilio del paciente a las 10:00 horas. El ingreso del enfermo en el Hospital Universitario Severo Ochoa, de Leganés, se produjo a las 10:21 horas, destacándose los excesivos 20 minutos de duración de ese traslado “...en un trayecto que, con tráfico, puede realizarse en 4 minutos”- sic-, así como las dos horas y media que ya habían pasado desde la primera llamada al 112 y la necesidad de reiterarla.

Una vez en el hospital, pese a la sintomatología del paciente y sus antecedentes, mantienen que la clasificación en el triaje también retrasó el tratamiento, permaneciendo entre tanto sólo el afectado, en la zona de los sillones del Servicio de Urgencias.

A la exploración física presentó abdomen globuloso blando y depresible, doloroso a la palpación y, nuevamente sin plantearse una posible relación con el aneurisma, se le diagnosticó un “probable cólico

renouretral” y se le explicó que los dolores se debían a la posible expulsión de una piedra. También se anotó “...a descartar sangrado de *quiste renal*”, pese a lo cual no se le retiró el tratamiento anticoagulante, ni se le realizó un TAC, para analizar esa posibilidad con rapidez.

Destaca la reclamación que, aunque resulta esencial el examen ecográfico de la cavidad abdominal para el diagnóstico certero del indicado cólico renouretral, simplemente se realizó al paciente una exploración física, análisis de sangre y orina -aunque la primera muestra de orina tampoco pudo analizarse, pues el bote se rompió y no volvió a tomarse otra muestra hasta las 16:53 horas-. Entre tanto, se le administró Nolotil y Primperam.

Señalan que, a las 13:00 horas se le dio la comida al paciente y se permitió la visita de sus familiares que, aprovecharon para preguntar si habían podido localizar la piedra con alguna radiografía o ecografía, contestándoles que la piedra “*debía recorrer su camino hasta la expulsión y que eso era doloroso*”.

A las 16:30 horas aumentó el dolor, acompañado de náuseas y mal estado general, a pesar de la analgesia y a las 17:00 horas vomitó, aunque critican que tan sólo se le volvió a realizar otra exploración física. Además, la reclamación insiste en que, aunque el paciente no tenía clínica miccional ni cambios en el hábito deposicional, no se prestó atención a su sintomatología, ni se la relacionó con sus antecedentes clínicos, realizando un diagnóstico diferencial, insistiendo en su valoración como un probable cólico.

Refieren que, las 21:00 horas empeoró el dolor, acompañándose de palidez cutánea, sudoración, hipotensión y frialdad de extremidades, precisando analgesia con cloruro mórfico y Ondasetron y que, no fue hasta 2 horas después, a las 23:00 horas, cuando le realizaron una ecografía renal bilateral que reflejó “*aneurisma conocido abdominal que presenta un diámetro máximo de 6,9 cm*”. Un posterior TAC, que se

realizó hasta las 0:36 horas del 3 de mayo de 2019, constató la rotura del aneurisma de aorta abdominal de 8 cm de diámetro máximo, a la altura de las arterias renales, con hematoma retroperitoneal de 14x3 cm.

Según indican, en ese momento *“saltaron las alarmas, pues no había cirujano vascular de guardia, por lo que tendrían que trasladarlo a otro hospital”-sic.-*. De ese modo, fue trasladado el paciente al Hospital Clínico San Carlos, donde llegó con mal estado general y, aunque fue llevado al quirófano con carácter urgente para intentar pinzar el aneurisma, dado que había pasado demasiado tiempo con una hemorragia sin control, se produjo el fatal desenlace a las 05:25 horas del día 3 de mayo de 2019.

Por todo lo indicado, las reclamantes consideran que el fallecimiento de su padre se debió a diversas infracciones de la *lex artis ad hoc*. A saber: la que se mantuvo en el seguimiento del AAA que, además, le privo de la posibilidad de decidir si deseaba someterse a la intervención preventiva del aneurisma y los retrasos acumulados en la atención dispensada los días 2 y 3 de mayo de 2019, a cargo del SUMMA 112 -3 horas, contadas desde la primera llamada, hasta la llegada al hospital- y la del propio Hospital Universitario Severo Ochoa que, pese a los antecedentes del AAA que padecía el paciente y los síntomas que presentaba, no consideró la posibilidad que se hubiera producido la rotura del aneurisma hasta 14 horas después del ingreso hospitalario, cuando ya resultaba ineficaz cualquier tratamiento que, de otra parte, hubo de realizarse en otro centro, el Hospital Clínico San Carlos, de Madrid.

Por todo ello, las reclamantes solicitan una indemnización de 67.402,25 euros, a repartir entre las dos hijas del finado, calculada por aplicación del sistema de valoración contenido 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.

Se aporta con la reclamación el libro de familia del paciente, acreditando el parentesco entre el fallecido y las reclamantes, diversa documentación médica sobre las asistencias cuestionadas y dos facturas, correspondientes al coste de los servicios funerarios.

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

El paciente, de 84 años en la fecha de los hechos principales, contaba con los siguientes antecedentes médicos y patologías crónicas: era exfumador de 2 paquetes al día, hasta los 60 años aproximadamente; presentaba hipertensión arterial; cardiopatía hipertensiva; hipercolesterolemia, pólipos hiperplásicos de colon extirpados en abril de 2006; adenocarcinoma de próstata (Gleason 4 + 3) diagnosticado en 2009, en tratamiento con terapia hormonal; circuncisión en enero de 2013 por liquen escleroso en el prepucio; había sido intervenido de catarata y agujero macular en el ojo izquierdo con implante de lente intraocular + laserterapia en febrero de 2013 y en junio de ese mismo año, también se le implantó un marcapasos bicameral auriculoventricular, por síndrome de bradi-taquicardia y bloqueo auriculoventricular de segundo grado, tipo I.

En cuanto a sus antecedentes circulatorios, sufrió un accidente cerebrovascular isquémico temporal derecho en enero de 1997, sin secuelas; 3 episodios de posible tromboflebitis superficial 15 años atrás, que fueron tratados con inmovilización en el Hospital Universitario 12 de Octubre; fue ingresado en noviembre de 2007 por tromboembolismo pulmonar bilateral (arteria pulmonar de lóbulo inferior derecho, lóbulo medio derecho y arteria pulmonar inferior izquierda) y presentaba trombosis venosa profunda en vena poplítea del miembro inferior derecho, probablemente antiguo, con cierto grado de revascularización, además de varices trombosadas en la región distal de la pantorrilla. Ingresó en 2008 por trombosis venosa profunda infrapoplítea en

miembro inferior derecho, coincidiendo con dosis infraterapéuticas de Sintrom; padeció síndrome postflebítico en el miembro inferior derecho y, desde su hallazgo en julio de 2008, presentaba un aneurisma de aorta abdominal infrarrenal en seguimiento por el Servicio de Cirugía Vascular del Hospital Universitario Severo Ochoa, con diámetro transversal máximo de 57 x 58 mm, con trombo mural, según medida ecográfica tomada en septiembre de 2017.

De conformidad con la información contenida en la historia clínica, en relación con el hallazgo y seguimiento del aneurisma, consta que, el 8 de julio de 2008, en el contexto del seguimiento y estudio etiológico de la trombosis venosa profunda y del tromboembolismo pulmonar que había padecido ese mismo año, se realizó al paciente TC abdominal con contraste y se apreció elongación de cayado aórtico de troncos supraaórticos. No se constataron masas, ni adenopatías, nódulos pulmonares o alteraciones pleurales, pero se detectó un aneurisma arteriosclerótico de aorta abdominal de localización infrarrenal, de 37 mm de diámetro máximo, con pequeño trombo mural de 45 mm.

El 24 de julio de 2008, según refleja el informe clínico de la consulta en el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Universitario Severo Ochoa, de Leganés, se realizó la correspondiente exploración, anamnesis dirigida y se citó al paciente un mes más tarde para confirmar el diámetro real del AAA, a través de un TAC realizado a tal fin, informándose que el aneurisma tenía 45 mm de diámetro. Ante la discrepancia del tamaño, se solicitó otro TAC en 6 meses, que reflejó una medida de 40 mm de diámetro máximo.

En adelante, siguiendo los protocolos habituales de las sociedades médicas nacionales y europeas para el cuidado de los aneurismas asintomáticos, se pautó el seguimiento periódico del paciente en consultas externas, donde se valorarían las oportunas pruebas diagnósticas: ecografía aórtica y Angio TAC.

El 26 de marzo de 2009 en el TC toraco-abdomino-pélvico solicitado para el estudio de la extensión por neoplasia de próstata Gleason tipo 7, se constató el AAA infrarrenal con medidas de 40 x 41mm.

El 10 de marzo de 2010, en ecografía de seguimiento el AAA mantenía la misma medida de 41 x 40 mm de diámetro.

El 2 de marzo de 2011, se reflejó: *“Ecografía AAA de 41 x 38 mm Plan: revisión en un año”*.

El 1 de marzo de 2012, consta ecografía de control del AAA, reflejando de 43,5 mm de diámetro.

El 5 de marzo de 2013, el seguimiento reflejó: *“Eco Abdominal: AAA de 46 mm de diámetro”* y el 6 de marzo de 2014, el TAC abdominal, constató que el AAA medía 48 mm.

El 29 de octubre de 2014 consta angioTAC de control, reflejando medidas de 46 x 49 mm, por lo que se consideró que el AAA no presentaba cambios respecto al precedente TC y se previó revisión en 6 meses.

Resultaron leves discrepancias en las medidas del 2015, que apuntaron medidas inferiores, de modo que en ecografía de fecha 13 de marzo de 2015, el AAA presentaba 44 mm de diámetro, al igual que en otra ecografía de 19 de mayo de 2015, que reflejó los mismos 44 mm, previéndose la siguiente revisión en un año, con ecografía y analítica. Un año después, en la ecografía de AAA infrarrenal de fecha 19 de abril de 2016, se reflejaron 45 mm de diámetro.

En los TAC realizados en febrero y marzo de 2017, se evidenció crecimiento del aneurisma hasta los 51 mm, además de la dilatación de la aorta torácica sinusal, ascendente y descendente y de evidenciarse

una lesión pseudonodular pulmonar, sugerente de neoplasia, por la que se remitió al paciente a Neumología para su estudio.

El 25 de septiembre de 2017 consta: *“Angio TC de aorta: diámetro de aorta abdominal infrarrenal: 57 x 58 mm con trombo mural. Imagen de nódulo de contorno irregular en LSD con medida aproximada de 20 mm que ha crecido mínimamente respecto al estudio previo compatible con carcinoma broncogénico, como primera posibilidad diagnóstica. Atelectasia en LII”*.

En seguimiento de fecha 10 de octubre de 2017, se anotó: *“Probable neoplasia pulmonar en estudio por Neumología. Tiene cita la semana que viene AAA 60 mm, en estudio anterior 58 mm. Veo resultados del TC en el que hay ligero crecimiento del nódulo pulmonar con datos radiológicos de neoplasia. También hay crecimiento del aneurisma. Dada la edad del paciente, enfermedades de base y posible neoplasia, no considero indicada la cirugía del aneurisma en el momento actual. Control TC en 6 meses”*.

El 7 de febrero de 2019 se valoró el nódulo pulmonar en el Comité de Tumores y se decidió actitud expectante, dado que no había crecido y también considerando los factores de comorbilidad del paciente. Se ordenó TAC toracoabdominal, para un análisis anatómico completo del aneurisma.

El TAC denotó que el AAA yuxtarenal presentaba de 62 mm de diámetro, con medida similar a la del control previo. El paciente tenía nuevo TAC pedido por Neumología para junio, por lo que se le citó nuevamente, tras el TAC, solicitando que lo hicieran toracoabdominal y con contraste.

El 5 de marzo 2019, desde el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Universitario Severo Ochoa, de Leganés, se llamó

al paciente para citarles y explicarles la decisión adoptada en la sesión clínica, así como el tratamiento conservador por la comorbilidad del paciente. Consta otro apunte del día 8 de marzo: *“Explico a paciente y a familiares decisión de tratamiento conservador. Tiene controles con TACs por nódulo pulmonar. Doy cita para junio (aproximadamente) y pauto verlo cada año aprovechando los TACs de Neumología”*.

El 12 de febrero de 2019, desde el Servicio de Urología se diagnosticó también un cáncer de próstata al paciente, que fue tratado con terapia hormonal semestral. En las anotaciones correspondientes, se refleja que, en una ecografía urológica de enero de 2017, se constató *“litiasis renal derecha dos, en polo”*, además de *“angiomiolipoma renal izquierdo de 6 mm, prostático de 33*37*36”* y también el AAA.

Según consta anotado en la historia clínica, el día 2 de mayo de 2019 a las 7:44 horas, una de las hijas del paciente solicitó al Servicio Coordinador de Urgencias Médicas de Madrid SUMMA 112, asistencia sanitaria para su padre, ya que presentaba dolor en la región lumbar derecha, náuseas, polaquiuria, temblor y mala movilidad.

A las 8:00 horas acudió al domicilio una Unidad Médica de Asistencia Domiciliaria. El facultativo recogió entre los antecedentes relevantes el aneurisma abdominal y apuntó el juicio clínico de *“síndrome febril y posible pielonefritis”*, solicitando un traslado hospitalario que, sin embargo y por falta de mayor disponibilidad de medios, el SUMMA 112 no movilizó hasta las 9:52 horas, constando entre tanto una nueva llamada al Servicio de Urgencias 112 a las 9:32 horas, efectuada por la misma alertante, sin indicación de cambios en la situación del paciente.

La ambulancia llegó al domicilio del paciente a las 10:00 horas y a las 10:21 horas se produjo el ingreso del enfermo en el Hospital Universitario Severo Ochoa, de Leganés.

En cuanto a la asistencia en el referido Hospital Universitario Severo Ochoa, el día 2 de mayo de 2019, según consta, en el Servicio de Urgencias Hospitalarias el paciente refirió que presentaba dolor en flanco derecho que se inició de forma brusca 9 horas antes, mientras estaba sentado.

Tras la exploración física se le diagnosticó un posible cólico renoureteral, debiendo también descartar un quiste renal, por lo que se solicitó analítica de sangre y orina e instauró tratamiento analgésico y antiemético.

A las 16:30 horas comenzó a incrementarse el dolor, acompañado de náuseas y mal estado general, con aceptable control del dolor aplicando analgésicos de primer y segundo escalón.

A las 21:00 horas comenzó de nuevo con dolor muy intenso acompañado de palidez cutánea, sudoración y frialdad de extremidades, precisando analgésicos de tercer escalón.

A las 23:00 se realizó ecografía renal bilateral, que mostró aumento de tamaño del aneurisma abdominal (6,9 cm) respecto a la ecografía previa (5,7 cm).

A las 0:36 horas del día siguiente se realizó una tomografía computarizada abdominal que reveló el aneurisma de aorta abdominal de 8 cm de diámetro máximo, roto, con hematoma retroperitoneal de 14 x 3 cm- folio 154 del expediente-.

Ante la ausencia de cirujano vascular de guardia en el Hospital Universitario Severo Ochoa, de Leganés, a las 2:40 horas se trasladó al paciente en UVI móvil al Hospital Clínico San Carlos de Madrid, donde bajo anestesia general y con carácter de urgencia, se realizó intento de

exclusión de aneurisma aórtico yuxtarenal roto, produciéndose la muerte intraoperatoria a las 05:25 horas.

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 11 de mayo del 2020, la instructora del procedimiento comunicó a las reclamantes que se admitía a trámite la reclamación y que sería tramitada de conformidad con la LPAC. Con fecha 19 de mayo de 2020, también se comunicó a la aseguradora del SERMAS la existencia del procedimiento.

Se adicionó al expediente la historia clínica del paciente, recabada del SUMMA 112, del Hospital Universitario Severo Ochoa de Leganés y del Hospital Clínico San Carlos y, en cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81.1 LPAC, se incorporaron informes elaborados por los responsables de los centros y servicios a los que se imputa la producción del daño. Así, consta el emitido por la directora médica de Coordinación y Transporte Sanitario del SUMMA 112, de fecha 27 de mayo de 2020 - folios 124 a 126-, el de 16 de marzo de 2020, del responsable del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Clínico San Carlos- folios 139-, el de la jefe del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Universitario Severo Ochoa de Leganés, de fecha 8 de julio de 2020- folios 216 a 218- y el del jefe de la Unidad de Urgencias Generales del mismo hospital, de 4 de junio de 2020- folio 231-.

Resumiendo el contenido de tales informes y comenzando por el relativo al seguimiento y las decisiones terapéuticas sobre el aneurisma detectado en 2008, el informe de la responsable del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Universitario Severo Ochoa, de Leganés, justifica los criterios adoptados en la aplicación de los

parámetros establecidos al efecto en la literatura médica que el propio informe cita, señalando: *“el paciente fue valorado por primera vez el 24 de julio de 2008 en consulta externa de Cirugía Vasculat, por hallazgo de aneurisma de aorta abdominal infrarrenal de 37 mm de diámetro máximo, en ecografía abdominal durante el estudio etiológico de trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar.*

Tras realizar historia clínica y exploración física, fue citado un mes más tarde para confirmar diámetro real del aneurisma en TAC solicitado en otro centro, informando de aneurisma de 45 mm.

Ante la discrepancia de tamaños se realizó seguimiento en consulta externa, según los protocolos habituales de las sociedades médicas nacionales y europeas para el cuidado de los aneurismas asintomáticos, acompañado de pruebas diagnósticas (ecografía aortica o AngioTAC).

A lo largo de los años y en los controles ambulatorios, el paciente presentaba el AAA infrarrenal asintomático con leve crecimiento, sin llegar a diámetros quirúrgicos.

En los TAC realizados en febrero y marzo de 2017 se evidencia un crecimiento aorta abdominal infrarrenal d 51 mm, dilatación de aorta sinusal, ascendente y descendente, diagnosticándolo de aneurisma toracoabdominal asintomático (Crawfor tipo II-III), sin diámetro en rengu quirúrgico, además de evidenciar una lesión pseudonodular pulmonar sugerente de neoplasia, hecho que nos hace remitir al paciente a neumología para estudio.

En el TAC control de septiembre de 2017 se evidencia nuevo crecimiento aneurismático de todos los segmentos aórticos, especialmente del sector infrarrenal de 58 mm y crecimiento de todos los segmentos aórticos, especialmente el sector infrarrenal y crecimiento del nódulo pulmonar que consideran, como primer diagnóstico carcinoma

broncogénico. Valorando el crecimiento del sector infrarrenal del aneurisma que ya estaba en rango quirúrgico y los hallazgos pulmonares, se da prioridad al estudio y tratamiento de su sospecha radiológica de neoplasia de pulmón, ya que la cirugía de este tipo de aneurismas implican gran complejidad técnica y muy alta morbimortalidad intra y postquirúrgica para pacientes con antecedentes mórbidos, como los que este paciente presentaba en ese momento: 82 años, hipertensión arterial, cardiopatía hipertensiva, síndrome de bradicardia, taquicardia controlada con marcapasos tromboembolia venosa profunda, tromboembolismo pulmonar, anticoagulado con Sintrom, adenocarcinoma de próstata , ACV isquémico.

El paciente sigue siendo revisado, en consulta de cirugía vascular periódicamente en espera de un diagnóstico y actitud de su proceso pulmonar para planteamiento posterior de la actitud quirúrgica.

En la revisión del 7 de febrero de 2019 y ante la decisión del Comité de Tumores de mantener una actitud expectante hacia el nódulo pulmonar por su bajo crecimiento, no captación en el PET y por la comorbilidad del paciente, se le realiza TAC toracoabdominal para valoración completa anatómica del aneurisma.

El 1 de marzo de 2019, ante los hallazgos del TAC y la decisión del Comité de Tumores, se decide presentación del paciente en sesión clínica del servicio de Cirugía Vascular para valoración integral de las opciones terapéuticas

El 5 de marzo de 2019 el paciente es presentado en sesión clínica del Servicio de Cirugía Vascular, decidiéndose el tratamiento conservador del paciente, dada la complejidad de la cirugía y la muy alta morbimortalidad del paciente, dada su comorbilidad”.

En cuanto a la pretendida vulneración del derecho a la información del paciente sobre la decisión terapéutica adoptada, el mismo informe

señala: *“Ese mismo día se comunica telefónicamente con el paciente para citarle en consulta y explicarle la decisión tomada.*

El 8 de marzo de 2019 se explica al paciente y familiares en consulta externa la decisión tomada de tratamiento conservador por parte del Servicio en sesión clínica y se le da nueva cita en junio tras la realización del TAC solicitado por el Servicio de Neumología” y rotundamente se añade que: “No se refleja en ningún momento en la historia clínica la falta de entendimiento y/o disconformidad por parte, del paciente y familiares sobre la decisión transmitida por parte del facultativo que te atendió, ni existe constancia de reclamación en Servicio de Atención al Usuario”.

El mismo informe indica, en cuanto a la atención del paciente en las Urgencias del Hospital Universitario Severo Ochoa, el día 2 de mayo de 2019, que no tuvieron conocimiento de esa situación y carecen de información al respecto y sobre el traslado del día siguiente al Hospital Clínico, recoge: *“en el Servicio de Cirugía Vasculat, en el momento en que fue diagnosticado de rotura de aneurisma abdominal, no había cobertura de Urgencias, por organización del centro hospitalario”.*

En referencia a la urgencia médica del día 2 de mayo del 2019, el informe de la Dirección Médica del SUMMA 112 explica cómo se gestionan y distribuyen los recursos de que dispone, indicando que, en este caso, el médico que acudió en primer lugar al domicilio del paciente, lo hizo con toda rapidez y valoró al enfermo constatando la presencia del síntoma principal que motivó la llamada: un dolor lumbar bilateral con puño percusión renal bilateral positiva, emitiendo juicio diagnóstico de sospecha de síndrome febril y posible pielonefritis, de conformidad con dicha sintomatología, además de establecer la necesidad de valorar al paciente en un centro sanitario de forma más completa.

Sobre el traslado en ambulancia, indica que dicho recurso se dirigió al domicilio del paciente a las 9:53 horas, porque hasta entonces no

había quedado operativa, al estar efectuando otros avisos. Además, aunque se recibió una llamada de reiteración por la demora, no se alertó del empeoramiento de la sintomatología del enfermo y que, tales vehículos se movilizan priorizando las urgencias, según su distribución geográfica. Además, que los médicos del Centro Coordinador de Urgencias asignan los recursos sanitarios en función de los síntomas que se aporten en la conversación telefónica, o en su caso en la exploración domiciliaria y su misión no es el diagnóstico telefónico, ni tampoco la asignación inmediata de recursos, a demanda del alertante.

Como valoración general de su intervención, el mismo informe indica que, pese al fatal desenlace, consideran que se prestó una atención correcta y que la resolución de las llamadas fue adecuada.

En cuanto a la asistencia dispensada al paciente en las Urgencias del Hospital Severo Ochoa de Leganés, los días 2 y 3 de mayo de 2019, otro informe suscrito por la supervisora de Urgencias Generales del referido hospital, señala: *“El paciente arriba nombrado acude al Servicio de Urgencia general el día 2 de mayo de 2019 a las 10.25 horas, a las 10.26 horas es valorado por el personal de enfermería de triaje donde se realiza la toma de constantes y se especifica el motivo de consulta/queja, según este sistema de triaje (Manchester) se establece un color de prioridad amarillo. Gravedad 3 (60 minutos). Dicho paciente es trasladado a nivel 2, donde se inicia a las 10.29 la gráfica de enfermería y a las 10.45 se procede al inicio de técnicas y tratamiento según pauta facultativa, anotando en historia clínica. A partir de la cual se completa estudio y se realizaron todos los protocolos necesarios para su atención”*.

Por último, en cuanto a la intervención final por parte del Hospital Clínico San Carlos, el informe del responsable del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular indica que, el paciente fue trasladado allí, por carecer de medios para tratar la rotura del aneurisma en el hospital de referencia del paciente y en cuanto a la cuestión principal, señala: *“La*

rotura de un aneurisma aórtico requiere un intervención de emergencia, considerándose que las cifras de mortalidad para los pacientes que son intervenidos se encuentran entre 40-60%, pudiendo ser superiores en pacientes con edad avanzada, shock, fracaso renal y patología asociada grave.

El paciente fue intervenido de urgencia, al comprobarse en el TAC que se trataba de un aneurisma roto de aorta yuxtarenal de 8 cm de diámetro. Obviamente no necesitaba realizarse un nuevo TAC. La intervención se realizó sin demora, comprobándose la rotura en la cara anterior de la aorta, aunque lamentablemente no pudo superar la grave afectación que sufría por hemorragia masiva”.

Igualmente se ha incorporado al expediente el informe de 21 de enero de 2021 de la Inspección Sanitaria que, en referencia a la decisión de no operar el Aneurisma Aórtico Abdominal por el Servicio de Cirugía Vascular del Hospital Universitario Severo Ochoa, desde que alcanzó criterio quirúrgico en el control de octubre de 2017, señala que: *“tuvo fundamento científico en un escenario de incertidumbre y ausencia de protocolos de actuación, concordante con el desarrollo de la ciencia médica actual en el campo de la Geriatría”* y sobre la pretendida vulneración del derecho a la información del paciente, indica: *“el 8 de marzo de 2019 se informó al interesado y familiares de la decisión de no intervenir el AAA, pero no se han encontrado registros que evidencien el contenido de la información, ni tampoco si se le dio opción a discrepar o ser valorado en otro centro del Servicio Público de Salud”.*

En cuanto a la intervención del SUMMA 112 en los traslados y asistencias de los días 2 y 3 de mayo de 2019, el informe de la Inspección, sin valorarlos directamente, insiste en las explicaciones ofrecidas por la Dirección Médica del referido servicio de urgencias, que ha certificado que las intervenciones de los días 2 y 3 de mayo de 2019

se llevaron a cabo en función de la disponibilidad de los recursos existentes.

De otra parte, en cuanto al retraso diagnóstico planteado, considera que debiera haberse efectuado un diagnóstico diferencial que valorara la posible rotura del aneurisma y establece que, así se hubiera producido una *ganancia temporal* de entre 6 a 12 horas, fundamental ante la gravedad de la situación. Así determina: *“La clínica que presentaba D. ...el día 2 de mayo cuando ingresa en Urgencias era compatible, entre otras, con rotura de aneurisma y, conociendo de antemano su existencia, se tenía que haber valorado la posibilidad diagnóstica de rotura inminente desde el comienzo del ingreso....El tiempo transcurrido desde el ingreso en Urgencias del HUSO hasta evidenciar rotura de AAA es de 14 horas y 15 minutos y si se hubiera solicitado el TC desde el ingreso, se puede estimar una ganancia de tiempo para el tratamiento de seis a doce horas...Las probabilidades teóricas de sobrevivir a la cirugía convencional de AAA antes de la ruptura oscilan entre el 70 y el 50%”*. Este informe, por lo demás, considera ajustada a derecho la asistencia final de los servicios de Urgencias y Cirugía Vascular del Hospital Clínico San Carlos, pues pese al fatal desenlace, ofertaron asistencia inmediata con los medios disponibles a su alcance y la situación del paciente en ese momento era crítica.

Se ha incorporado igualmente, a instancia del SERMAS, un informe pericial de fecha 12 de julio de 202, emitido por un doctor especialista en Medicina Legal y Forense, proporcionado por los servicios médicos de su aseguradora- folios 276 a 298-, que recoge entre sus conclusiones el mismo criterio que la Inspección Médica, propicio a la estimación parcial de la reclamación, estableciendo que:

“1. Es posible establecer el nexo causal entre el fallecimiento de D... y la rotura de un aneurisma de aorta abdominal.

2. En base a lo dispuesto en la Ley 35/2015, en caso de que se estableciera que la atención médica facilitada por el Servicio Madrileño de Salud fuera incorrecta, procedería indemnizar por muerte a los perjudicados en los términos establecidos por la ley 35/2015.

3. Resulta razonable aplicar de forma orientativa un factor reductor de las indemnizaciones por causa de muerte del 50%”.

Concedido el trámite de audiencia a las reclamantes el día 14 de octubre de 2021, se efectuaron alegaciones finales, incorporadas al procedimiento el 29 de octubre de 2021. En ellas se reiteran los términos de la reclamación inicial, incidiendo en las conclusiones de la Inspección Médica y entendiendo que el retraso de diagnóstico se puede establecer en un tiempo superior a las 14 horas que consideran que establece el informe de la Inspección, debiendo añadir las otras dos horas que trascurrieron desde el aviso telefónico al SUMMA 112 y concluyendo que se debe tener por acreditada la existencia de *mala praxis* médica y estimar íntegramente la reclamación. Igualmente insisten las alegaciones en la lesión al derecho a la información del paciente y consideran acreditado que no se le dio la oportunidad de decidir sobre la posibilidad de intervenir preventivamente el aneurisma, para evitar su rotura.

Incorporado todo ello al procedimiento, con fecha de 16 de noviembre de 2021, el viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública fórmula propuesta de resolución, en sentido parcialmente estimatorio de la reclamación presentada, por considerar que el Hospital Severo Ochoa incurrió en una demora diagnóstica del paciente, reconociendo una indemnización de 31.645,09€ en favor de las reclamantes, resultante de la reducción a la mitad de la valoración a que conduce la aplicación del baremo de la vigente ley 35/2015, al considerar que la cirugía convencional por aneurisma de aorta

abdominal, en todo caso, tiene una supervivencia estadística de entre un 50 y un 70%.

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 2021, 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 14 de diciembre de 2021.

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 las dos hijas 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), pues su fallecimiento les ha ocasionado un daño moral incuestionable. Han acreditado la relación de parentesco con la aportación del Libro de familia.

Sin perjuicio de lo indicado, las reclamantes carecen de legitimación para reclamar por la supuesta falta de información al paciente en cuanto a la decisión terapéutica conservadora, que fue adoptada, para con el AAA que padecía.

Como ya sostuvimos en nuestros dictámenes 46/16, de 28 de abril; 166/16, de 9 de junio; 507/16, de 10 de noviembre; 141/18, de 22 de marzo, 200/18, de 3 de mayo o 162/21, de 13 de abril, entre otros, al considerar las quiebras o vulneraciones del derecho a la información un daño moral personalísimo (en sintonía con el carácter que se desprende del artículo 5.1 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, según el cual el titular del derecho a la información es el propio paciente, como también indica la Sentencia 37/2011, de 28 de marzo, del Tribunal Constitucional); se concluye que la reclamación por la vulneración del derecho resulta intransmisible a los herederos y sólo el paciente puede invocarlo.

Igualmente en dictámenes como el reciente 332/21, de 6 de julio, hemos recordado que esta Comisión Jurídica Asesora no desconoce la Sentencia del Tribunal Supremo de 4 de febrero de 2021 (recurso 3935/2019), si bien no se considera que ese pronunciamiento sea suficientemente concluyente para propiciar un cambio de criterio, puesto que no contiene pronunciamiento expreso sobre la transmisibilidad del daño moral y personalísimo, en que se traduce dicha falta de información.

En cualquier caso, la alegación de falta de información resulta desmentida por la documentación que obra en el expediente de la que

resulta acreditado que se comunicó verbalmente al paciente y a su familia la decisión adoptada y las razones en que se apoyaba, una vez valorada en su conjunto la situación médica del paciente, comprendiéndola y asumiéndola los afectados.

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 Universitario Severo Ochoa de Leganés, el SUMMA 112 y el Hospital Clínico San Carlos).

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 del padre de las reclamantes se produjo el 3 de mayo de 2019 y la reclamación se interpuso el 8 de abril de 2020, por lo que se encuentra formulada en plazo.

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, además de otro informe pericial a instancias del SERMAS. Posteriormente se ha concedido el trámite de audiencia y alegaciones finales a las reclamantes, que han hecho uso del mismo y se ha elaborado la correspondiente propuesta de resolución, que estima parcialmente la reclamación, según ya se indicó.

Analizado así 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 del padre de las 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, las interesadas imputan el *daño*- el fallecimiento de su padre- a la combinación producida por un seguimiento pretendidamente incorrecto del AAA que presentaba su padre desde el 2008, por parte del Hospital Severo Ochoa de Leganés, que decidió adoptar una decisión conservadora y a la negligente demora -siempre según el criterio de las reclamantes- en la atención dispensada los días 2 y 3 de mayo de 2019, cuando el referido aneurisma se rompió y tal situación no fue detectada/atendida tempranamente por parte del SUMMA 112, ni por el Servicio de Urgencias del referido Hospital Severo Ochoa, que venía tratando al paciente desde años atrás, ni por el Servicio de Angiología y Cirugía Vascul ar del Hospital Clínico San Carlos, donde finalmente fue intervenido sin éxito.

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 el supuesto que nos ocupa, las reclamantes no han aportado criterio médico o científico adicional al incorporado por los propios servicios que atendieron al paciente y sustentan su reclamación en la valoración del material incorporado al expediente a impulso del instructor, por imperativo de las previsiones de la LRJSP y, muy

especialmente en las conclusiones de la Inspección Médica que, como se indicó, pese a que encuentran justificación a la decisión terapéutica adoptada para con el seguimiento del AAA que padecía el padre de las reclamantes, pues: *“tuvo fundamento científico en un escenario de incertidumbre y ausencia de protocolos de actuación, concordante con el desarrollo de la ciencia médica actual en el campo de la Geriátrica”*; consideran injustificado que en la urgencia del día 2 de mayo de 2019, no se realizara un diagnóstico diferencial del paciente, que analizara la posibilidad de que el aneurisma se hubiera roto, como realmente había ocurrido, pues *“la clínica que presentaba D. ...el día 2 de mayo cuando ingresa en Urgencias era compatible, entre otras, con rotura de aneurisma y, conociendo de antemano su existencia, se tenía que haber valorado la posibilidad diagnóstica de rotura inminente desde el comienzo del ingreso”*.

El mismo informe también recoge: *“Con los antecedentes que D. ... tenía se puede afirmar que durante su estancia en Urgencias hubo retraso en el diagnóstico, si se hubiera solicitado el TC desde el principio la ganancia de tiempo se puede estimar de unas seis a doce horas, dependiendo de la disponibilidad de la máquina si estaba o no ocupada por otros pacientes en esas horas”* y también resulta muy claro al valorar las consecuencias de esa negligencia/retraso, pues indica: *“el tiempo transcurrido desde el ingreso en Urgencias del HUSO hasta evidenciar rotura de AAA es de 14 horas y 15 minutos y si se hubiera solicitado el TC desde el ingreso, se puede estimar una ganancia de tiempo para el tratamiento de seis a doce horas...Las probabilidades teóricas de sobrevivir a la cirugía convencional de AAA antes de la ruptura oscilan entre el 70 y el 50%”*.

Se establece, por tanto, una conclusión favorable a la existencia de una demora asistencial, imputable a la atención del SUMMA 112 y al Hospital Universitario Severo Ochoa, determinante de una pérdida de oportunidad para el paciente.

Este informe, por lo demás, considera ajustada a derecho la asistencia final dispensada por los servicios de Urgencias y Cirugía Vascular del Hospital Clínico San Carlos, pues pese al fatal desenlace, proporcionaron una asistencia inmediata y adecuada.

Debemos recordar en este punto que el informe de la Inspección Sanitaria obedece a criterios de imparcialidad, objetividad y profesionalidad, como ha puesto de manifiesto el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en multitud de sentencias, entre ellas la dictada el 24 de febrero de 2020 (recurso nº 409/2017): “...sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis, puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del médico inspector, y de la coherencia y motivación de su informe”.

En idéntico sentido al criterio de la Inspección se expresa el informe pericial aportado por la aseguradora del SERMAS, que admite el nexo causal entre el fallecimiento del padre de las reclamantes y la rotura del aneurisma de aorta abdominal que padecía y considera apropiado indemnizar la pérdida de oportunidad sufrida en un 50% de la cuantía resultante de la aplicación del baremo de la Ley 35/2015.

Según todo lo expuesto, ateniéndonos al cualificado criterio de la Inspección sanitaria 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 y/o en la asistencia médica dispensada posteriormente, como también ocurre en este caso. Así, entre otros en 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 habersele 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 las reclamantes - 67.402,25 euros - y dado que en la pérdida de oportunidad sólo se valora el daño moral ocasionado a los interesados; teniendo en cuenta la edad del paciente y el alto grado de comorbilidad que presentaba, por razón de sus otras patologías y tomando como referencia la cuantía propuesta por el SERMAS, esta Comisión Jurídica Asesora considera adecuada la cantidad indemnizatoria global de 32.000 euros, cantidad que debe considerarse ya actualizada.

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

CONCLUSIÓN

Procede estimar parcialmente la presente reclamación y reconocer a las reclamantes una indemnización global y actualizada de 32.000 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 14 de diciembre de 2021

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 646/21

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid