

Dictamen nº: **42/22**

Consulta: **Consejero de Sanidad**

Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**

Aprobación: **25.01.22**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 25 de enero de 2022, 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 los hermanos Dña. ..... y D. ..... (en adelante “*los reclamantes*”), hijos de la fallecida, Dña. ....., (en adelante “*la paciente*”), al considerar que su fallecimiento se debió a la demora asistencial resultante de que el SUMMA 112 confundió con otra, la primera llamada efectuada por los reclamantes, solicitando asistencia urgente para su madre.

#### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.**-El 22 de mayo de 2020, mediante escrito presentado en el Registro Electrónico de la Comunidad de Madrid, las personas citadas en el encabezamiento, asistidas de letrado, presentaron una reclamación de responsabilidad patrimonial por el fallecimiento de su madre, que atribuyen a una defectuosa asistencia dispensada por el SUMMA 112.

Los reclamantes explican que su madre falleció en su domicilio, a los 71 años de edad, el día 26 de enero de 2020, mientras esperaba la llegada de una ambulancia medicalizada.

Señalan que la paciente, aunque presentaba antecedentes cardiacos de gravedad, en el momento en que sucedieron los hechos se encontraba asintomática y en perfecto estado clínico, siendo plenamente independiente para las actividades de la vida diaria.

Entre sus antecedentes, la madre de los reclamantes padecía enfermedad coronaria de 3 vasos, fibrilación auricular permanente, insuficiencia cardiaca crónica (con disfunción ventricular izquierda ligeramente deprimida) y había sido sometida a sustitución valvular mitral, en noviembre de 2010. Además, sufría hipertensión arterial e hipertiroidismo primario, pese a lo cual, en su última revisión en el Servicio de Cardiología el 23 de julio de 2019, se encontraba asintomática.

Refieren que el 26 de enero de 2020, estando en su domicilio, la paciente comenzó a sufrir dificultad para respirar e hinchazón corporal. Ante la gravedad de tales síntomas, su hija –ahora reclamante– llamó al 112, solicitando asistencia médica urgente, a las 10:46 h.

A las 10:53 h, la paciente se desvaneció, por lo que su hija volvió a llamar al 112 y, para su sorpresa, le comunicaron que, dado que “*su madre se estaba muriendo, porque estaba en paliativos de ASISA*” no habían enviado ninguna ambulancia, pues “*había otras urgencias*” que priorizar. Ante el evidente error, la alertante les aclaró que debían estar confundiendo su llamada con otra y les rogó, nuevamente, que enviaran una ambulancia con toda urgencia, petición que en ese momento atendieron.

A las 11:03 h, la hija llamó de nuevo al 112, confirmándole que la ambulancia estaba de camino y a las 11:08 h. llegó al domicilio, aunque los servicios médicos ya sólo pudieron confirmar que la paciente había fallecido, según afirman los reclamantes, por haberse perdido unos minutos valiosísimos para su supervivencia, pues a las 11:03 h, momento en que tuvo lugar una tercera llamada, la paciente seguía con vida.

Por todo lo expuesto, considerando que el error padecido propició el fallecimiento de su madre, reclaman una indemnización de 72.566 euros.

Se aporta con la reclamación diversa documentación médica (el informe de la asistencia del SUMMA 112 y el electrocardiograma realizado a la paciente cuando llegaron al domicilio), así como el certificado de fallecimiento y el libro de familia, para acreditar la relación de parentesco entre los reclamantes y la fallecida.

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

La paciente, de 71 años en el momento de los hechos, presentaba los siguientes antecedentes médicos de interés:

-Se le había practicado una sustitución valvular mitral, implantándole prótesis mecánica “carbomedics” en noviembre de 2010, por padecer estenosis mitral severa reumática. En ese momento ingresó con un edema agudo de pulmón.

-Presentaba enfermedad coronaria de 3 vasos, que se detectó en el preoperatorio de la intervención, que fue parcialmente revascularizada mediante doble *by-pass* coronario, con arteria

mamaria izquierda a descendente anterior media y vena safena. La coronaria derecha, severamente enferma, no era revascularizable.

-Mantenía fibrilación auricular permanente, insuficiencia cardiaca crónica y disfunción ventricular izquierda inicialmente severa que, en seguimiento, había recuperado hasta ligeramente deprimida.

-Presentaba factores de riesgo cardiovascular, pues era exfumadora, padecía hipertensión arterial e hipertiroidismo primario y presentaba obesidad central.

Por razón de tales patologías coronarias, se encontraba en seguimiento en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, en los servicios de Angiología y Cardiología, desde el 2010.

Mantuvo su última revisión en el Servicio de Cardiología el 23 de julio de 2019, encontrándose asintomática, con fracción de eyección del ventrículo izquierdo de entre el 50-55%, fibrilación auricular permanente, hipertensión arterial y capacidad funcional I/IV y tenía prescrita la siguiente medicación: lisinopril 20/1 día, bisoprolol 2,5, atorvastatina 40, sintrom, adiro 100, pantoprazol. Se le indicó la siguiente revisión en un año.

El día 26 de enero de 2020, según consta en los correspondientes registros del Servicio Coordinador de Urgencias del SUMMA 112; a las 10:46:45 h, se recibe una llamada en el teléfono de urgencias 112 (que gestiona el Organismo Autónomo Administrativo Madrid 112, bajo dependencia de la Consejería de Presidencia, Justicia e Interior), solicitando asistencia para una paciente de 71 años de edad, que presentaba dificultad para respirar e hinchazón corporal.

La llamada fue atendida por un operador, registrándose como datos de sintomatología “*paciente con dificultad respiratoria*”. El

número de incidente fue I20200126-00718 y se procedió a emitir el correspondiente parte del incidente al organismo competente para la prestación material del servicio, en este caso el SUMMA 112, a las 10:47:37 h, así como a trasferir el audio de la alertante con el citado servicio sanitario para que valorase telefónicamente la sintomatología.

Según resulta de lo informado por los responsables del servicio, por un fallo técnico, el operador transfirió al médico un audio correspondiente a otra llamada que había entrado simultáneamente, codificada como I20200126-719 y cuyo motivo de consulta también fue dificultad para respirar.

A las 10:53:42, se recibió una nueva llamada en el teléfono 112, en la que se informaba del empeoramiento de la enferma y que se había desvanecido. Por parte de la Gestora de Emergencia del Organismo Autónomo, se procedió a trasferir el audio de la alertante de nuevo al SUMMA 112, que tenía el expediente que había sido remitido erróneamente con anterioridad, como si se tratara del mismo supuesto, todo ello a las 10:54:00.

Desde el SUMMA 112 confirmaron a la alertante que no habían enviado la ambulancia, porque según sus datos, la paciente se encontraba en situación terminal, recibiendo tratamientos paliativos y había otras urgencias que debían ser priorizadas. En ese momento, en el curso de la conversación telefónica, la alertante aclaró que debían estar confundiendo su llamada con otra y les solicitó, nuevamente, que enviaran una ambulancia con urgencia para atender a su madre. Constada la situación, a las 10:59 h se asignó un Soporte Vital Avanzado tipo UVI móvil con Prioridad 0 (máxima), para atender la urgencia.

A las 11:02:55 h, la alertante llamó de nuevo al 112 y le confirmaron que la ambulancia estaba de camino y las 11:05 h. la UVI

móvil llegó al domicilio y según consta en el informe clínico, en ese momento se objetivó que la paciente presentaba ausencia de movimientos respiratorios, ausencia de pulso y de latido cardíaco, pupilas midriáticas arreactivas y palidez cianótica, sin que pudiera ser reanimada. Se le practicó electro-ecocardiograma que mostró asistolia, constatándose el fallecimiento de la paciente.

La codificación fue de “muerte sin asistencia” (encontrado muerto de causa desconocida).

**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 través de su asistencia letrada a los reclamantes, el 27 de mayo de 2020, la instructora del procedimiento comunicó que se admitía a trámite la reclamación, que sería tramitada de conformidad con las previsiones de la LPAC y de la Ley 40/2015, de 1 de octubre de Régimen Jurídico del Sector Público (título preliminar, capítulo IV) y que, en caso de no resolverse en seis meses, podría entenderse desestimada, ex. artículos 21.2 y 91.3 de la LPAC.

También se informó a los reclamantes en esa diligencia de la suspensión del plazo de tramitación del procedimiento, durante el periodo de vigencia del estado de alarma y sus prórrogas, de acuerdo con la disposición adicional tercera del Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declaró el estado de alarma.

La aseguradora del Sermas, acusó recibo de la declaración de siniestro resultante de esta reclamación, con fecha 27 de mayo de 2020 -folio 94 del expediente-.

Se adicionó al expediente la historia clínica de la paciente, constando los datos de las asistencias dispensadas en Atención Primaria y en el HGUGM, a cargo de los servicios de Endocrinología, Cardiología y Angiología y, en cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81.1 LPAC, se incorporó un informe elaborado por la directora médica de Coordinación y Transporte Sanitario del SUMMA 112, de fecha 19 de junio de 2020 -folios 524 y 525-.

Dicho informe analiza el desarrollo de la intervención desarrollada y, si bien reconoce el error inicial producido en la transmisión de las llamadas de alerta, consistente en la confusión de la primera llamada, con otra que se produjo a la vez, relativa a una paciente en tratamiento paliativo, que también presentaba dificultad respiratoria; concluye que la demora a que dio lugar -de 3 a 5 minutos, como máximo- no tuvo repercusión directa en el fatal desenlace, pues en el momento de la segunda llamada de la hija de la paciente -tan sólo 7 minutos después de la primera llamada al 112-, la afectada ya se encontraba inconsciente, desconociendo la alertante cuánto tiempo llevaba así y destacando en que pese a todo se prestó la atención del servicio de urgencias -entre 15 y 18 minutos-, en cualquier caso se encuentra dentro de los márgenes óptimos de respuesta previstos al efecto.

De ese modo, el referido informe, en relación con la llamada de la alertante de las 10:53:42h, señala: *“Cotejada la transcripción de la llamada efectuada por la familiar de Dª..., procede reseñar que la persona alertante refirió que se acababa de encontrar a la paciente sola y que cuando llegó, se la había encontrado inconsciente en el sofá, que estaba ‘como desmayada, ida, que no podía hablar y que tenía los labios bastante blancos’, y la familiar alertante informó que no sabía desde hacía cuánto tiempo llevaba así la paciente. Desde el Centro*

*Coordinador se le indicó que la dejara de lado y que se enviaba un recurso.*

*De manera que la familia desconocía cuánto tiempo llevaba inconsciente la paciente, no siendo posible por ello cuantificar cuántos minutos habría estado en parada cardiorrespiratoria”.*

Así pues, afirma que: “*En el presente caso si bien procede reconocer que hubo un error inicial en al Centro Coordinador, es destacable que el fallo fue detectado y subsanado en pocos minutos*” y también que: “*...el tiempo de respuesta asistencial entre la llamada de alerta, la transferencia del aviso al recurso, la movilización del recurso y el tiempo de llegada del recurso a lugar del aviso, fue de 18 minutos*”.

Y valora el tiempo en que se podría haber reducido el tiempo de respuesta y su falta de repercusión en el fatal desenlace: “*Cabe la posibilidad de haber podido acortar el tiempo de respuesta en un máximo de 3-5 minutos, puesto que por funcionamiento del propio servicio, materialmente no hubiera sido materialmente posible acortar más el tiempo de respuesta en este aviso.*

*Sin embargo esta Dirección sostiene que esta posible demora, de 3-5 minutos, no tuvo repercusión directa en el desenlace acontecido, puesto que el tiempo de respuesta asistencial entre la llamada de alerta, la transferencia del aviso al recurso, la movilización del recurso y el tiempo de llegada de1 recurso al lugar del aviso, fue de 18 minutos. Dicho tiempo de repuesta ...se encuentra dentro de los márgenes óptimos de respuesta contemplados en este Servicio. Y teniendo en cuenta que ya en la llamada de alerta los familiares informaron de signos y síntomas compatibles con un fallecimiento no presenciado, la posibilidad de haber podido acortar en 3-5 minutos el tiempo de respuesta no hubiera influido en el fatídico desenlace”.*

Por todo ello concluye: “*Desde nuestro entender se pusieron a disposición del paciente todos los medios disponibles en el Servicio de Urgencias SUMMA 112 de la Comunidad de Madrid y no ha quedado acreditado que de haber podido enviar un recurso de Soporte Vital Avanzado unos minutos antes, se hubiera podido evitar o revertir el fallecimiento de Dª....*”.

Se incorpora igualmente al procedimiento la documentación clínica generada en la asistencia prestada por parte del SUMMA 112 - el informe clínico y el de Enfermería-, el electroecocardiograma y el certificado de defunción emitido, además de la transcripción de la segunda llamada de la alertante, evidenciando que la paciente se encontraba inerte en ese momento, su situación era de inconsciencia, así como la presencia de evidentes signos de alarma, que pudieran hacer pensar en que ya se encontrara en parada cardiorrespiratoria, pues en ese momento la alertante indicaba que su madre no respiraba, se le caía y había perdido el color de los labios. Así consta:

“-Buenos días.

-Hola, buenos días

-Soy médico del SUMMA, me dicen que la señora está con dificultad para respirar ¿verdad? Bueno, con dificultad, que es que está medio desmayada en el sofá, no puede respirar nada.

-Vale, ¿la tiene un poquito incorporada o de lado?

-Está medio sentada, pero se nos cae.

-Vale, ¿de qué color tiene los labios?.

-Los tiene bastante blancos.

- Pregúntele si le duele algo, por favor.
- ¿Te duele algo?... No puede hablar.
- Sólo con la cabeza.
- No puede hablar.
- Sólo con la cabeza
- No puede, no puede.
- Sólo con la cabeza.
- Es que está como desmayada.
- Vale.
- O sea, está ida.
- De acuerdo ¿desde cuándo está así?
- Pues yo acabo de llegar ahora mismo, estaba...
- ¿Estaba sola?
- Sí
- Vale
- Estaba consciente, pero ahora mismo no está consciente.
- Pues téngala, por favor, tumbada de lado mientras llegamos, tumbada de lado.
- Vale.

- *¿Qué enfermedad tiene ella?*

- *Ella es crónica del corazón.*

- *Vale, pero por ejemplo de infarto, angina, válvulas...*

- *No, válvulas.*

- *Venga, tumbadita de lado mientras llegamos que ya estamos de camino, eh?*

- *Vale”.*

También se ha incorporado al expediente el informe de 15 de febrero de 2021, de la Inspección Sanitaria, que considera que a la vista de los datos clínicos de la paciente y de la información proporcionada en las llamadas de alerta, no se considera que el retraso causado por un error en la transferencia de la llamada, haya tenido repercusión en el fatal resultado y, por tanto, considera que la asistencia prestada se ajustó a la “*lex artis*”.

Consta en el expediente que, con fecha de aceptación de la notificación telemática, del 1 de julio del 2021, se concedió trámite de audiencia y alegaciones a los reclamantes -folio 544 y 545-. Estos, el 6 de julio presentaron escrito de alegaciones, insistiendo en su planteamiento inicial y, por tanto, considerando que la demora asistencial resultante de la confusión producida tras la primera llamada telefónica al número de urgencias 112, habría impedido que la madre de los reclamantes recibiera efectivamente asistencia médica y, por tanto, pudiera salvar su vida. En sintonía con lo expuesto, se reclamaba la trascipción de la conversación mantenida entre la alertante y la persona encargada de filtrar la segunda llamada y remitirla al médico del SUMMA 112, a las 10:53:42, al haber sido la

determinante del error en la remisión de la información sobre la paciente y, por tanto, la causante de la confusión.

Requerida esa concreta transcripción a la Central de Llamadas 112, mediante oficio de 17 de agosto de 2021, se recibió contestación, mediante un escrito de fecha 26 de agosto de 2021, firmado por la coordinadora de Supervisión de Operaciones, de la Central de Llamadas del teléfono de urgencias 112, que gestiona el Organismo Autónomo Administrativo Madrid 112, bajo dependencia de la Consejería de Presidencia, Justicia e Interior. En el mismo se indicaba que según los procedimientos operativos de ese centro, no se procede a la filiación de los llamantes, por lo que no resultaba posible localizar la llamada a partir de ese dato de identidad y, toda vez que según se les indicaba, ese día hubo varias llamadas con la misma sintomatología, interesaba que se le proporcionaran detalles adicionales para poder localizar el audio de la llamada y atender a lo solicitado.

De conformidad con lo expuesto, mediante oficio de 7 de septiembre, notificado el día 15 del mismo mes y año, se proporcionó a la Central de Llamadas el dato del domicilio de la paciente y el teléfono de la alertante y, se emitió nuevo informe el día 13 de octubre de 2021, suscrito por el director del Centro de Atención de Llamadas de Urgencia, acompañado de la copia del audio de las llamadas recibidas en ese centro y de las trasferidas al SUMMA 112.

El citado informe señala que el funcionamiento y régimen jurídico de organización de ese centro se regula en la Ley 25/1997, de 28 de diciembre, de Regulación del Servicio de Atención de Urgencias 112, cuyo artículo 2.2 indica que el servicio que prestan no comprenderá en ningún caso la prestación material de la asistencia requerida por los ciudadanos, que deberá ofrecerse por las administraciones competentes. Por su parte, señala que la Orden 788/2001, de 26 de

marzo, del consejero de Medio Ambiente detalla los protocolos de actuación operativa del Centro 112 y en su Anexo, se detallan todos y cada uno de los incidentes posibles, distinguiendo según requieran atención sanitaria, extinción de incendios, salvamento, seguridad ciudadana y/o protección civil; asignando a cada uno de ellos un concreto plan de acción.

Según lo expuesto, el tratamiento de las urgencias extra-hospitalarias y emergencias sanitarias en Madrid 112, se articula conforme a lo establecido en el Convenio para la coordinación de la atención de urgencias extra-hospitalarias y emergencias sanitarias entre la Comunidad de Madrid, el Ayuntamiento de Madrid, la Cruz Roja Española y el Instituto Nacional de la Salud. Ese convenio establece que cuando un ciudadano vive, padece u observa una situación de urgencia y accede el número 112, el personal operador que atiende la llamada, confecciona una llamada “carta de llamada”, a partir de las manifestaciones del alertante, en respuesta a un interrogatorio dirigido para conocer en pocos minutos la información básica.

En función de la tipología del suceso y el ámbito competencial, el operador propone un plan de acción, de obligado cumplimiento, que materializa en la correspondiente solicitud de intervención del servicio competente para atender la urgencia. En ocasiones el plan de acción también prevé la remisión del audio a otros profesionales, para que los mismos, en ese segundo nivel, desde sus organismos correspondientes, faciliten los consejos que puedan ser de tipo médico, con objeto de adoptar medidas adecuadas hasta la llegada del recurso.

A partir de lo expuesto y del repaso de la secuencia de actuaciones, se concluye que en este caso se cumplieron los protocolos de actuación, pues se desarrollaron todos esos procesos, aunque desafortunadamente por un error de naturaleza técnica se

confundieran dos llamadas producidas en un mismo momento, en las que la sintomatología de las pacientes era esencialmente coincidente: dificultad respiratoria; si bien las premisas determinantes de la urgencia eran sustancialmente opuestas, pues una de ellas se encontraba en tratamiento paliativo y otra no. Con independencia de todo ello, ciertamente la UVI móvil se personó en el domicilio de la paciente en un total de 18 minutos, contados desde la primera llamada al 112, sin que se haya podido establecer siquiera cuando tuvo lugar la parada cardiorrespiratoria de la afectada, pues de los datos proporcionados en la segunda llamada -la efectuada seis minutos y medio después de la primera- pudiera concluirse que ya se había producido, incluso con anterioridad a ese momento.

Tras la adición del informe últimamente referido, se concedió nuevamente el trámite de audiencia y alegaciones finales a los reclamantes, el día 2 de noviembre de 2021, que fue contestado el día 18 del mismo mes y año. En tales alegaciones se insiste en que las grabaciones de las llamadas evidencian que existió una confusión muy grave y consideran que la forma en que han sido remitidos los audios, pretende tergiversar y/o disimular la situación y que no quede constancia en el expediente del manifiesto error padecido, destacando la persistencia en el mismo del médico del SUMMA 112( “*hace falta que la alertante le insista en que su madre no está en paliativos de Asisa hasta en cinco ocasiones, para que el facultativo deje de porfiar*”- sic.) , criticando que- pese a ello- el segundo informe emitido por el responsable del Centro de Atención de Llamadas de Urgencia del Organismo Autónomo Administrativo Madrid 112, acabe concluyendo que “*la actuación de los Gestores de Emergencia que recibieron las llamadas y con la información disponible actuaron conforme a lo establecido en los protocolos de actuación operativa de Madrid 112*”. Por lo demás, insiste en el argumento principal de la reclamación: el error por confusión de una llamada por otra supuso la asignación del recurso asistencial necesario 13 minutos más tarde- tiempo que se

calcula considerando el momento de asignación efectiva de la UVI móvil- haciendo ya ineficaz la intervención.

Mantienen además los reclamantes en su escrito de alegaciones finales que, en la primera llamada la alertante expuso que su madre estaba “*muy hinchada y le costaba mucho respirar*”, no que se la hubiera encontrado inconsciente, sin que se hayan remitido los audios ni las transcripciones de ese primer aviso, como tampoco una relación cronológica, indicando el minuto exacto de realización de cada una de las llamadas realizadas, lo que le impide conocer el tiempo transcurrido entre cada una de ellas; y que la alertante y ahora reclamante, ha podido comprobar desde los registros de su teléfono móvil que la duración de las llamadas mantenidas con el 112 fue superior al tiempo que se indica en los informes y que, recuerda una llamada que mantuvo con el 112 que no está entre los audios remitidos, por lo que vuelven a solicitar la aportación de todas las llamadas. No se adjunta a este escrito el registro de las llamadas al 112 efectuada desde el móvil de la alertante a la que se alude, ni ningún otro elemento probatorio que respalde esas novedosas afirmaciones.

Incorporado todo ello al procedimiento, el 2 de diciembre de 2021 el viceconsejero de Asistencia Sanitaria formuló propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación presentada, por la atención dispensada por parte del SUMMA 112, al considerarla ajustada 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 3 de diciembre 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 25 de enero de 2022.

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 dos 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 por unidades asistenciales titularidad de la administración madrileña: del Centro de Atención de Llamadas de Urgencia Madrid 112, que presta servicio bajo titularidad del Organismo Autónomo Madrid 112 y el SUMMA 112, que lo hace bajo titularidad del Servicio Madrileño de Salud

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 26 de enero de 2020 y la reclamación que determina este procedimiento de responsabilidad patrimonial se formuló el 22 de mayo de 2020, por lo que 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 Centro de Atención de Llamadas de Urgencia Madrid 112-, a la vista de lo recogido en sus alegaciones por los reclamantes, que planteaban omisiones en el mismo y, con posterioridad a este segundo informe, 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.

En sus alegaciones finales, los reclamantes volvieron a interesar que se ampliara la información documental proporcionada sobre las

llamadas al 112, so pretexto de considerar la ofrecida incompleta y/o inexacta. Dado que la indicada petición se sustenta en simples afirmaciones de la parte reclamante, sin ninguna evidencia probatoria, esta Comisión no considera pertinente recabar un segundo informe ampliatorio, pese a lo cual debiera haberse informado de tal decisión a los interesados, mediante la correspondiente diligencia instructora, ex. artículo 77.3 LPAC (*“El instructor del procedimiento sólo podrá rechazar las pruebas propuestas por los interesados cuando sean manifiestamente improcedentes o innecesarias, mediante resolución motivada”*). No obstante lo indicado, no se observa quiebra procedural relevante, pues la propuesta de resolución argumenta suficientemente la denegación de la diligencia de prueba.

Por último, consta la correspondiente propuesta de resolución, que tiene carácter desestimatorio y resuelve todas cuestiones planteadas, considerando que la asistencia dispensada fue ajustada a la *lex artis*.

Analizado el desarrollo procedural, 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 al retraso producido en la asignación del recurso asistencial correspondiente para atender a su madre por el SUMMA 112, motivado por un error de naturaleza técnica, que determinó que se confundieran dos llamadas producidas en un mismo momento, en las que la sintomatología de las pacientes era esencialmente coincidente. Consideran que los 6-7 minutos que mediaron hasta que se despejó el

error, resultaron determinantes e impidieron que la UVI móvil llegara a tiempo al domicilio, impidiendo así salvar la vida de su madre.

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 caso que ahora nos ocupa, resulta un hecho admitido, a partir de lo informado por el servicio, que efectivamente concurrió un error de tipo técnico en la trasferencia de la llamadas entre las que se produjo la confusión, que determinó que durante los 6-7 primeros minutos, contados desde la primera llamada al SUMMA 112, no se asignara recurso asistencial alguno para atender a la paciente, pues las premisas condicionantes de la urgencia entre las llamadas confundidas eran radicalmente opuestas.

Sin perjuicio de lo indicado y pese a la confusión inicial, también ha quedado acreditado que la UVI móvil llegó al domicilio de la paciente en un tiempo total de 18 minutos.

Por el contrario, los reclamantes no han acreditado que el retraso de los 7 minutos antes indicado hubiera sido determinante del fatal desenlace producido y muy al contrario, a partir de los datos proporcionados por la alertante en la segunda llamada, su madre en ese momento ya presentaba signos que apuntaban claramente a que se encontraba en situación de parada cardiorrespiratoria, pues según consta en la transcripción de la llamada de las 10.47 h, la persona alertante refirió que la paciente estaba “*como desmayada*”, con los labios blancos, que no respondía y que se la ha encontrado así.

A la vista de todo lo expuesto parece necesario analizar dos cuestiones. A saber: la trascendencia objetiva del retraso producido -o, dicho de otro modo, el enjuiciamiento de la calidad del servicio en razón del tiempo en que se prestó, pese al error inicialmente sufrido- y la relación causal entre el incuestionable retraso de 7 minutos en la asignación del recurso y el daño.

En relación con la primera de las cuestiones, el informe elaborado por el responsable de la Central de Llamadas del 112 y el de la Inspección Sanitaria, analizan detenidamente la dinámica asistencial en la urgencia del día 26 de enero de 2020 y su adecuación a protocolos. De ese modo señalan que el servicio médico de urgencias puede ser definido como un conjunto coordinado de recursos organizado para responder a las urgencias médicas independientemente de su causa y que el servicio de urgencias médicas de la Comunidad de Madrid (SUMMA 112) tiene en su cartera de servicios la recepción, clasificación y gestión de las llamadas telefónicas de índole sanitaria -proporcionada a partir de la colaboración con el organismo autónomo Madrid 112, dependiente de la Consejería de Presidencia, Justicia e Interior- e incluye la información sanitaria y la eventual derivación a centros sanitarios, así como la movilización de recursos asistenciales (propios o ajenos) y la asistencia sanitaria urgente *in situ* (médico y/o enfermería).

Para todo ello dispone de diversos recursos, entre los que se encuentran las UVI móviles distribuidas en Madrid capital y en otros municipios, de modo que puedan prestar la atención de una emergencia en el menor tiempo posible.

Se explica que el SUMMA tiene un procedimiento para la gestión médica telefónica de la demanda urgente extrahospitalaria consistente en que, tras la recepción de la llamada, el operador la transfiere a un médico regulador para que este evalúe telefónicamente la situación del

paciente, delimite el alcance, intensidad y gravedad de la sintomatología y asigne los recursos asistenciales.

El tiempo de respuesta entre la llamada y la llegada del recurso al domicilio depende de diversos factores como la complejidad de la situación clínica y de la comunicación, la prioridad asistencial asignada, la situación de los recursos disponibles, la demanda asistencial, estado de circulación vial, etc.

Por otra parte, se indica que, en el Manual de Calidad del SUMMA 112 se incluyen pautas sobre los “Procedimientos para la Gestión Médica Telefónica de la Demanda Urgente Extrahospitalaria del SUMMA” y para medir las “Prioridades en la Clasificación de Incidentes”. Concretamente, según la clínica detectada, en función de los síntomas aportados durante la llamada por el alertante y que han debido ser adecuadamente ponderados por el médico coordinador, se establece la prioridad: Prioridad 0: Emergencia, Prioridad 1: urgencia no demorable y Prioridad 2: urgencia demorable.

De otra parte, en relación con los recursos a movilizar para cubrir la atención “*in situ*”, según la prioridad determinada previamente, se establece que la UVI móvil y/o la VIR atienden la prioridad 0, la UAD: atiende prioridades 1 y 2 y la ambulancia: atiende prioridades 1 y 2

Los tiempos de respuesta óptimos establecidos según las isócronas protocolizadas en el algoritmo procedural del SUMMA (distancia en tiempo por la ruta más corta que es variable en minutos según condiciones externas como tráfico, obras, climatología, límites de velocidad...) correspondientes a cada prioridad clasificada, son:

Prioridad 0: Establece tiempo de respuesta óptima de 15+/- 5 m

Prioridad 1: Establece tiempo de respuesta óptima de 30+/-15 m

Prioridad 2: Establece tiempo de respuesta óptima de 60+/-30 m

Finalmente se indica que, sin perjuicio del objetivo de mejorar estos tiempos de respuesta, en el Observatorio de resultados del Servicio Madrileño de Salud aparecen los datos de 2017, 2018 y 2019 y el tiempo medio de respuesta para la UVI móvil en 2019 ha sido de 15 minutos, acorde con la asistencia dispensada en este caso y con el tiempo establecido como de “respuesta óptima”, en el caso de urgencias calificadas como de prioridad O.

En referencia a la segunda cuestión debemos hacer notar la relevancia del criterio técnico médico de la Inspección, por su cualificada especialización y objetividad. De ese modo, como recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en sentencia de 16 de marzo de 2017 (recurso 155/2014): *“Ha de tenerse en cuenta que, si bien tanto el informe de la Inspección Sanitaria como el resto de los que obran en el expediente administrativo no constituyen prueba pericial en sentido propiamente dicho, sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen también 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 este caso, sobre la cuestión estrictamente médica, el informe de la Inspección médica, explica que a que a la vista de las patologías previas de la paciente y de la sintomatología que apuntó la alertante desde la primera llamada, la hipótesis más plausible resulta ser la de que la misma sufrió un episodio de la llamada “Muerte súbita cardiaca”, indicando que la misma es una muerte natural debida a causas cardíacas, precedida de una pérdida brusca del conocimiento

antes de transcurrida 1 h desde el inicio de un cambio agudo del estado cardiovascular.

Señala además que, la documentación clínica, los antecedentes de la paciente y el texto de transcripción de las llamadas de la alertante, constatan que la sintomatología que presentaba la paciente era de una gravedad extrema, desde que se efectuó la primera llamada y que, cuando tuvo lugar la segunda, ya había evolucionado hasta un punto que parecía irreversible pues, consta que la paciente, tras tener dificultad para respirar se había desvanecido y su hija desconocía el momento de presentación de esta clínica, al habérsela ya encontrado en esa situación cuando llamó por segunda vez –sólo 6 minutos después de la primera vez– y, por tanto, concluye que “*teniendo en cuenta todo lo anterior, no se considera que el retraso de unos 6 minutos causado por un error en la transferencia de la llamada, haya tenido repercusión en el fatal resultado*”.

Por tanto, coincidiendo con la Inspección sanitaria, aun admitiendo el desafortunado error padecido en la transferencia de la llamada en el Centro Coordinador del SUMMA 112, que se confundió con otra registrada a la misma hora y por un motivo similar; evaluando la efectiva resolución temporal de la remisión de la UVI móvil al domicilio de la paciente, conforme a protocolos y las circunstancias médicas del episodio cardíaco sufrido por la misma, debemos concluir que no puede establecerse la existencia de un nexo causal, en sentido jurídico, entre la demora del recurso asistencial y el fallecimiento de la madre de los reclamantes.

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

## **CONCLUSIÓN**

Procede desestimar la presente reclamación al no haberse acreditado la relación de causalidad entre el daño reclamado y el funcionamiento de los servicios públicos.

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 25 de enero de 2022

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 42/22

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid