

Dictamen n.º: **52/24**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **08.02.24**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 8 de febrero de 2024, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por la consejera 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., en su propio nombre y en el de su hija menor de edad,, por los daños y perjuicios sufridos por el fallecimiento de su esposo y padre, D., que atribuyen a la defectuosa asistencia sanitaria dispensada por el SUMMA 112 al infravalorar los síntomas de una disección aórtica.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El día 20 de junio de 2022, las personas citadas en el encabezamiento, representadas por dos abogados, presentan un escrito en el registro del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) en el que formulan una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos por el fallecimiento de su familiar.

Según expone el escrito de reclamación, el fallecido, de 45 años al momento de los hechos e hipertenso, se encontraba en su domicilio durante la noche del 22 de junio del 2021, cuando comenzó con un

intenso dolor abdominal, espalda y brazo que rápidamente se irradió al tórax, además de presentar parestesias en pierna izquierda e incluso diarrea. Inmediatamente, a las 00:07 horas del 23 de junio del 2021, su esposa llamó de forma urgente al 112, para solicitar asistencia médica, trasladándose la llamada al 061 (SUMMA 112).

El escrito de reclamación detalla que en la llamada se especificó que el enfermo sufría de *“un dolor que le subía desde el pecho hasta la zona abdominal y que se le dormía la pierna izquierda”*, recibiendo como respuesta la de enviar una ambulancia con una enfermera para que la misma le pusiese un tratamiento inespecífico, y que, en caso de no obtener mejora, le llevarían al hospital. Refiere que en la misma comunicación se puede escuchar como el paciente estaba muy afectado, aquejándose de marearse, y ante la gravedad de la situación la esposa preguntó directamente si la ambulancia tardaría mucho, a lo que el médico contestó: *“no creo que tarde mucho”*. Subraya que, pese a la angustia que sentía, la esposa decidió confiar en el facultativo y esperar a que la ambulancia llegara, considerando que la misma no debía demorarse más allá de unos cuantos minutos.

Continuando con el relato fáctico de la reclamación, el escrito refiere que a las 00:32 horas de la madrugada del 23 de junio, viendo que la ambulancia no se presentaba, la esposa del fallecido volvió a llamar al 112 reclamando el traslado urgente a un hospital para el enfermo. En ese momento, el paciente ya comenzaba a presentar disnea, sudaba en abundancia y en varias ocasiones se puede escuchar cómo se aquejaba de *“no poder respirar”*. El escrito indica que nuevamente la llamada fue trasladada al SUMMA 112, donde le comunicaron que la razón principal del retraso se debía a que tenían una demora de casi una hora y media de todos los recursos. Se subraya que la alertante nunca fue advertida de ese hecho, pues, si hubiese conocido de forma previa el presunto colapso existente, habría

intentado por otros medios llevar cuanto antes al enfermo a recibir asistencia hospitalaria.

El escrito de reclamación explica que, acto seguido, la reclamante consiguió movilizar con mucha dificultad a su esposo a la parte trasera del vehículo familiar y rápidamente se dirigió al centro hospitalario más cercano a su domicilio, el Hospital Universitario Infanta Sofía y sobre las 00:45 horas, llamó de nuevo al número de emergencias 112 indicando que la solicitud de ambulancia se podía anular, pues ya llevaba al enfermo en su vehículo particular, todo ello con la finalidad de que el servicio pudiese ser utilizado por otra persona.

Según el escrito de reclamación, una vez atendido en Urgencias del referido centro hospitalario, a las 01:01 horas, automáticamente los facultativos sospecharon que podría tratarse de un caso de disección de la aorta, realizándole el Servicio de Cardiología un ecocardiograma transtorácico que confirmó la presencia de una disección de toda la aorta afectando desde la salida de la raíz aórtica con insuficiencia aórtica moderada hasta la aorta abdominal. Seguidamente le intubaron para acometer el traslado al Hospital Universitario La Paz para someterlo a cirugía cardiaca de urgencia, si bien, antes de subirle a la UVI móvil, el paciente presentó de forma súbita bradicardia de complejo ancho y posterior pérdida de pulso, por lo que los facultativos realizaron una nueva ecocardiografía en la que vieron que tenía un derrame pericárdico severo que no tenía previamente, confirmando rotura de la aorta y el *exitus* poco después de la intubación a las 02:15 horas de la madrugada del 23 de junio del 2021.

En virtud de lo expuesto, el escrito de reclamación sostiene que resulta evidente que “*los signos de clara sospecha de disección aórtica*” no fueron tenidos en cuenta por parte de los facultativos que

gestionaron la llamada de urgencias, ignorando que la aparición repentina del dolor agudo y grave en la espalda y/o abdomen, junto con los antecedentes de hipertensión pueden indicar una ruptura de la aorta, siendo este síntoma el más frecuente y su condición una emergencia que pone en peligro la vida del paciente, y que en este caso, acabó en un prematuro fallecimiento del familiar de las interesadas.

Las reclamantes acaban solicitando una indemnización de 312.163,77 euros y acompañan su escrito con copia del DNI de la esposa; copia del libro de familia del fallecido; certificado de inscripción de apoderamiento *apud acta* en el archivo electrónico de apoderamientos judiciales; copia de la transcripción de las llamadas; escrito dirigido al SUMMA 112 solicitando información y copia de las grabaciones de las llamadas; la historia clínica del Hospital Universitario Infanta Sofía y copia de un escrito del Instituto Nacional de la Seguridad Social relativo a la pensión que percibía el fallecido por incapacidad permanente absoluta (folios 1 a 62 del expediente).

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

El 23 de junio de 2021, a las 00:07 horas, se recibió una llamada telefónica en el Centro de Emergencias Madrid 112, efectuada por la esposa del paciente fallecido, que se desarrolló en los siguientes términos:

“(…)

Ope. Madrid-112: llaman por un varón de 45 años, está con fuertes dolores abdominales, con vómitos, diarrea y también parálisis en las extremidades superiores

Ope. SUMMA: de acuerdo, gracias.

Opc. Madrid-112: te paso.

Ope. SUMMA: Hola, buenas noches, habla con Urgencias Médicas ¿me puede facilitar nombre y apellidos del paciente?

(...)

Ope. SUMMA: Y está con dolor abdominal me refiere el compañero del 112

Alertante: sí.

Ope. SUMMA: discúlpeme, estoy corroborando la calle y la calle es tipo de vía (...)

Alertante: sí.

Ope. SUMMA: espere un momentito porque no me la codifica, voy a comprobarlo.

Alertante: es el (...) si no me equivoco, el código postal del (...)

Ope. SUMMA: ¿Es una finca rústica?

Alertante: sí

Ope. SUMMA: Un momentito, que voy a meter aquí, finca rústica... ¿él tiene coronavirus en la actualidad?

Alertante: pues que sepamos no.

Ope. SUMMA: de acuerdo, le voy a pasar la llamada con un médico, no cuelgue por favor, gracias.

Médico SUMMA: hola, buenas, médico del 061, cuénteme ¿qué es lo que le ocurre a ...?

Alertante: Pues de repente ha empezado a sentirse mal y tiene como dolor abdominal, ha tenido diarrea ...

Médico SUMMA: ¿Le va hacia atrás? ¿hacia la espalda?

Alertante: sí. Dice que le sube hacia el pecho, del pecho hacia abdominal y dice que se le duerme la parte izquierda de la pierna.

Médico SUMMA: fosa renal ... ¿derecha o izquierda?

Alertante: izquierda.

Médico SUMMA: hacia abdomen y genitales ¿verdad?

Alertante: Sí, yo le he dicho de ir al hospital, pero dice que no se puede mover.

Médico SUMMA: mandamos coche de enfermería ¿tiene alergia a algo?

Alertante: No, solamente a lo que te ponen en la resonancia, solamente a yodado ese que te ponen en la resonancia

Médico SUMMA: Vale, pues vamos a ponerle ... vamos a mandar una ambulancia, ósea una enfermera para que le ponga tratamiento ¿eh?

Alertante: vale, es hipertenso...

Médico SUMMA: Y si no mejora tendrán que llevarle al hospital ¿vale?

Alertante: vale

Médico SUMMA: pero primero le ponemos tratamiento ¿vale?

Alertante: vale ¿tarda mucho?

Médico SUMMA: no creo que tarde mucho.

Alertante: Vale, muchas gracias.

Médico SUMMA: Ya digo, lo que tarde en llegar al domicilio ¿vale?

Alertante: Es una finca rústica, un terreno rústico, para que lo sepan, es un camino de tierra.

Médico SUMMA: Tendrán que ayudarles a que lleguen ¿vale?

Alertante: sí, vale, de acuerdo.

Médico SUMMA: venga, hasta luego.

Alertante: venga gracias”.

Ese mismo día, 23 de junio de 2021, a las 00:32 horas se cursa una segunda llamada al 112, que se desarrolla en los siguientes términos:

“(…)

Ope.Madrid 112: te paso a la señora.

Ope.SUMMA: Muchas gracias. hola, buenas noches, habla con Urgencias Médicas, ¿me puede confirmar el nombre del paciente por favor?

Alertante: sí (...)

Ope. SUMMA: sí, que llamó hace un momentito ¿verdad? Habló con el médico

Alertante: sí, es que no llegan y está ..., no puede respirar ...

Ope. SUMMA: le vuelvo a pasar con el médico, no cuelgue por favor

Alertante: gracias

Ope. SUMMA: ¿Dice que no puede respirar?

Alertante: sí

Ope. SUMMA: Y esto le ha aparecido ahora recientemente ¿verdad?

Alertante: así de golpe, sí

Ope. SUMMA: de acuerdo, pero no tiene diagnóstico de covid ...

Alertante: no, no

Ope. SUMMA: Y ¿enfermedad pulmonar crónica?

Alertante: No, es hipertenso solamente

Ope. SUMMA: Le paso ... ¿él puede hablar con normalidad o no puede?

Alertante: sí, puede hablar, a ver ...

Ope. SUMMA: le paso nuevamente con el médico, no cuelgue por favor, gracias

Médico SUMMA: médico de Urgencias: dígame ¿qué le pasa a ...?

Alertante: pues mira, dice que se le está durmiendo la parte izquierda del tronco, no puede respirar, está sudando como un pollo ...

Médico SUMMA: Sí ¿tiene dificultad al respirar?

Alertante: Sí

Médico SUMMA: ¿Se ha tomado algo?

Alertante: nada, como él es hipertenso le he dicho que se tomara la pastilla de la tensión que ya se la había tomado esta mañana, que se la tomara otra vez

Médico SUMMA: a ver déjame leer, porque aquí le han puesto, no alergia a medicación, ha tomado me imagino Enantyum

Alertante: Enalapril

Médico SUMMA: Enalapril... y la doctora que le ha atendido le ha mandado Enantyum intramuscular, Nolotil intramuscular, Buscapina y Diazepam de 5

Alertante: pero no han llegado, no han llegado todavía.

Médico SUMMA: Ah...

Alertante: por eso llamo.

Medico SUMMA: ha mandado un coche de enfermería.

Alertante: claro y no han llegado

Médico SUMMA: claro, porque tenemos una demora de casi una hora, hora y media de todos los recursos ¿vale? pero vamos que van a ir fijo.

Alertante: vale.

Médico SUMMA: ¿de acuerdo? Venga

Alertante: gracias

Médico SUMMA: hasta luego”.

A las 00:44 horas de ese mismo día, la esposa del paciente fallecido efectuó una nueva llamada al 112 para anular la ambulancia “*porque dicen que tardaba como una hora o así*”, señaló que no había llegado dicha ambulancia y que el paciente no podía más por lo que había cogido el coche e iba camino del hospital.

El paciente ingresa a las 01:01 horas en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Infanta Sofía. Se anotan como antecedentes: alergia a contrastes yodados; hipertensión arterial y cirugía de prótesis de cadera tras accidente de tráfico. En la anamnesis figura que, esa noche, estando sentado nota latigazo cervical anterior y dolor intenso en hemitórax izquierdo, refiere a su vez hipoestesis en miembros inferiores con dificultad para caminar, posteriormente leves disestesias en miembro superior izquierdo. Se toma un Enalapril sin tomarse la tensión arterial y acude a Urgencias.

En la exploración presenta: TA 196/124; buena coloración de piel y mucosas; eupneico; abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, RHA+, sin defensa, Blumberg negativo; no presenta edemas, ni signos de trombosis venosa profunda; no se palpa pulso pedio izquierdo ni femoral y, en ese momento, sensibilidad y fuerza conservada en las 4 extremidades.

Se emite el juicio clínico de sospecha de disección aórtica. El plan es la administración de premedicación con Primperan y Fentanilo IV.

Se habla con radiólogo de guardia para TAC por la sospecha diagnóstica. Se decide iniciar premedicación con hidrocortisona 200 mg, Urbason 60 mg y polaramine IV y se habla con cardiólogo de guardia para ir descartando mientras se espera el efecto de la medicación. Tras la analgesia, mejoría del dolor y TA 173/92. Se realiza interconsulta a Cardiología.

En el Servicio de Cardiología, tras las pruebas diagnósticas oportunas se confirma la disección de aorta torácica posible hasta aorta abdominal, A+B de Bakey. Se realiza interconsulta a UVI que comienza perfusión con esmolol IV y sedación para intubación oro-traqueal. Se contacta con el Hospital Universitario La Paz que acepta traslado sin realización de TAC, premedicado para realización en dicho centro hospitalario, si procede. Se llama al 061 para traslado en UVI móvil y se informa al paciente y a su esposa.

A las 02:11 horas, se procede a intubación por intensivista de guardia con 150 mg Propofol y 1 ampolla de rocuronio y 100 mg de fentanilo.

Tras intubación, el paciente comienza con bradicardia, cianosis y ausencia de pulsos. Se procede a reanimación cardio pulmonar y administración de adrenalina. Se realiza nuevo ecocardiograma que evidencia derrame pericárdico masivo, compatible con rotura aórtica. En dicho contexto clínico se confirma el *exitus* a las 02:40 horas del 23 de junio de 2021. Se informa a la esposa.

TERCERO.- Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del expediente, conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de

octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica del paciente fallecido del Hospital Universitario Infanta Sofía.

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81 de la LPAC, se ha incorporado al expediente un informe, de la directora médica de Transporte del SUMMA 112, de 28 de junio de 2022, que señala que, el día 23 de junio de 2021, a las 0:08 horas, se recibió una llamada en el Centro de Coordinación del SUMMA 112, a través de la Central de Emergencias Madrid 112, que fue atendida por una médica reguladora.

En la información clínica que refleja la médica reguladora en la ficha de la llamada, tras la conversación con la esposa del paciente, se puede leer: “*dolor en fosa renal izquierda, que irradia hacia abdomen y genitales*”. Con la evidente presunción de un cuadro renoureteral, y ante la ausencia de alergias medicamentosas, se informa a la esposa del paciente, que se desplazará un dispositivo de Enfermería, con carácter de urgencia, para administrarle un tratamiento sintomático. Posteriormente, a las 0:33 horas. se registra una nueva llamada, al no haber llegado el recurso. En esa ocasión refieren a la operadora del 061 que: “*le cuesta respirar, que le ha aparecido bruscamente, aunque puede hablar*”. La llamada es transferida a un médico regulador, informando que al paciente se le estaba durmiendo la parte izquierda del tronco, tiene dificultad al respirar y sudor. El médico informa del posible tiempo de respuesta del dispositivo de Enfermería, manteniéndose el mismo con carácter de urgencia. La siguiente comunicación se recibe a las 00:46 horas, y en ella únicamente informa la esposa que ya se encuentran llegando al hospital.

El informe se acompaña con copia de los audios de las llamadas y transcripción de las mismas.

Consta en el expediente que el 21 de julio de 2022 el Servicio de Asesoría Jurídica del Hospital Universitario La Paz informó que el paciente fallecido no contaba con asistencias hospitalarias en el referido centro hospitalario por los hechos objeto de reclamación.

El 22 de mayo de 2023, las reclamantes solicitaron el impulso del procedimiento. Consta que el 26 de mayo de 2023, se notificó a las reclamantes el procedimiento tramitado hasta esa fecha y se indicó que se estaba pendiente de la emisión del informe de la Inspección Sanitaria.

El 9 de junio de 2023, las reclamantes solicitaron copia de las grabaciones de las llamadas efectuadas en relación con los hechos reclamados, que fueron remitidas por la directora médica de Coordinación y Transporte Sanitario el 4 de junio de 2023.

El día 21 de agosto de 2023 emite informe la Inspección Sanitaria que, tras analizar la asistencia prestada al paciente, concluye:

“Se trata de un paciente que comenzó el día 23 de junio de 2021 con dolor abdominal y diarrea junto con molestias en extremidad inferior izquierda, tórax y genitales. Se consultó con Servicio de Urgencias Médicas de la Comunidad de Madrid, quien consideró patología abdominal no urgente y se envió recurso de enfermería. A la media hora del contacto y sin haber acudido aún recurso de enfermería, presentó empeoramiento e importante disnea. Al consultar nuevamente a las 00:32h se indicó que el recurso estaba pendiente de acudir a domicilio y tenía demora, motivo por el que finalmente acabó acudiendo a servicio de Urgencias de Hospital Universitario Infanta Sofía a las 00:44h. Tras ser valorado a las 01:11h, se consideró disección de aorta como diagnóstico probable y, una vez confirmado el diagnóstico, se organizó traslado precoz a servicio de Cirugía Cardíaca de Hospital Universitario La Paz. A

pesar de esto, el paciente sufre a las 02:11h parada cardiorrespiratoria con disociación electromecánica debido a rotura aórtica, con fallecimiento a pesar de maniobras de reanimación cardiopulmonar a las 02:15h.

*Revisada la documentación aportada y la evidencia científica, considero que la actuación por parte del Servicio de Urgencias Médicas de la Comunidad de Madrid y del Hospital Universitario Infanta Sofía fue correcta y acorde a la *lex artis ad hoc*”.*

Notificado el trámite de audiencia, el día 22 de noviembre de 2023, las reclamantes presentaron su escrito de alegaciones en el que inciden en los términos de su reclamación inicial, manifestando su oposición al informe de la Inspección Sanitaria. Sostienen que, dada la alta sospecha que debería haber originado la llamada de la esposa, se debería haber enviado una ambulancia (idealmente una UVI móvil), se debería haber administrado medicación iv vasodilatadora y betabloqueante para reducir la tensión arterial y evitar el estrés sobre la pared arterial y se debería haber trasladado al paciente a un hospital con Servicio de Cirugía Cardíaca.

Con fecha 18 de diciembre de 2023, la viceconsejera de Sanidad y directora general del SERMAS formula propuesta de resolución que interesa la desestimación de la reclamación al considerar que la asistencia sanitaria reprochada fue conforme a la *lex artis ad hoc*.

CUARTO.- Por escrito de la consejera de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 2 de enero de 2024 se formuló preceptiva consulta a este órgano consultivo.

La solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el n.º 5/24, ha correspondido a la letrada vocal, Dña. Ana Sofía Sánchez San Millán, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen,

deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 8 de febrero de 2024.

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

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a quince mil euros y por solicitud de la consejera 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, iniciado a instancia de parte interesada según consta en los antecedentes, se regula en la LPAC de conformidad con su artículo 1.1, con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

Las reclamantes ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 32.1 de la LRJSP, en cuanto familiares de la persona que recibió la asistencia sanitaria que consideran incorrecta y cuyo fallecimiento les ocasionó un indudable daño moral. Aportan, para acreditar su parentesco con el paciente, copia del libro de familia.

La hija del paciente fallecido, al ser menor de edad, actúa representada por su madre, al amparo del artículo 162 del Código Civil, y ambas están representadas por dos abogados. Ahora bien, para acreditar esta última representación se ha aportado un certificado de inscripción de apoderamiento *apud acta* en el archivo electrónico de apoderamientos judiciales. Como hemos señalado en anteriores dictámenes, así el Dictamen 561/23, de 19 de octubre, dicho apoderamiento *apud acta* ante un letrado de la Administración de Justicia no es válido para actuar ante una Administración pública y, de hecho, el propio certificado limita su validez a actuaciones judiciales. Por ello no puede tenerse por acreditada fehacientemente la representación a los efectos del artículo 5 de la LPAC. En todo caso, puesto que se ha tramitado el procedimiento, y sin perjuicio de que la Consejería de Sanidad deba requerir la acreditación de esa representación, se procederá a examinar el fondo de la reclamación.

Se cumple, igualmente, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, por cuanto el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado por el Servicio de Emergencias del SUMMA 112, cuya titularidad corresponde a la Comunidad de Madrid.

En lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 de la LPAC el derecho a reclamar responsabilidad patrimonial a la Administración prescribe al año de manifestarse el efecto lesivo y de que se haya determinado el alcance de las secuelas.

En el presente caso, ocurrido el fallecimiento del paciente el día 23 de junio de 2021, no cabe duda alguna de que la reclamación presentada el día 20 de junio de 2022 ha sido formulada en plazo legal.

El procedimiento seguido no adolece de ningún defecto de anulabilidad o nulidad, por cuanto se han llevado a cabo todas las actuaciones necesarias para alcanzar adecuadamente la finalidad procedimental y, así, se ha solicitado el informe preceptivo previsto en el artículo 81 de la LPAC, esto es, al SUMMA 112. Se ha incorporado al expediente la historia clínica y copia de los audios y transcripción de las llamadas efectuadas al Servicio de Emergencias 112. Asimismo, consta haberse solicitado informe a la Inspección Sanitaria. Después de la incorporación de los anteriores informes se realizó el trámite de audiencia a las interesadas, que han efectuado alegaciones. Finalmente, se ha dictado la propuesta de resolución en sentido desestimatorio de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Por tanto, debe concluirse que la instrucción del procedimiento ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite 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 y garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos.

Según constante y reiterada jurisprudencia, el sistema de responsabilidad patrimonial presenta las siguientes características: a) unitario: rige para todas las Administraciones; b) general: abarca toda la actividad -por acción u omisión- derivada del funcionamiento de los servicios públicos, tanto si éstos incumben a los poderes públicos,

como si son los particulares los que llevan a cabo actividades públicas que el ordenamiento jurídico considera de interés general; c) de responsabilidad directa: la Administración responde directamente, sin perjuicio de una eventual y posterior acción de regreso contra quienes hubieran incurrido en dolo, culpa, o negligencia grave; d) objetiva, prescinde de la idea de culpa, por lo que, además de erigirse la causalidad en pilar esencial del sistema, es preciso que el daño sea la materialización de un riesgo jurídicamente relevante creado por el servicio público; y, e) tiende a la reparación integral.

Para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con 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 de los servicios públicos, en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran alterar dicho nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor, y d) que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

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 la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2022 (recurso 771/2020), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, *«el hecho de que la responsabilidad extracontractual de las Administraciones públicas esté configurada como una responsabilidad objetiva no quiere decir, ni dice, que baste con haber ingresado en un centro hospitalario público y ser sometido en el mismo al tratamiento terapéutico que el equipo médico correspondiente haya considerado*

pertinente, para que haya que indemnizar al paciente si resultare algún daño para él. Antes, al contrario: para que haya obligación de indemnizar es preciso que haya una relación de nexo causal entre la actuación médica y el daño recibido, y que éste sea antijurídico, es decir: que se trate de un daño que el paciente no tenga el deber de soportar", debiendo entenderse por daño antijurídico, el producido (cuando) no se actuó con la diligencia debida o no se respetó la lex artis ad hoc.

En consecuencia lo único que resulta exigible a la Administración Sanitaria "... es la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en este tipo de responsabilidad es una indebida aplicación de medios para la obtención de resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente" (STS Sección 6ª Sala C-A, de 7 marzo 2007).

En la mayoría de las ocasiones, la naturaleza jurídica de la obligación de los profesionales de la medicina no es la de obtener en todo caso la recuperación de la salud del enfermo, obligación del resultado, sino una obligación de medios, es decir, se obligan no a curar al enfermo, sino únicamente a dispensarle las atenciones requeridas, según el estado de la ciencia (SSTS de 4 de febrero y 10 de julio de 2002 y de 10 de abril de 2003).

En definitiva, el título de imputación de la responsabilidad patrimonial por los daños o perjuicios generados por el funcionamiento normal o anormal de los servicios de asistencia sanitaria, no consiste sólo en la actividad generadora del riesgo, sino que radica singularmente en el carácter inadecuado de la prestación médica llevada a cabo, que puede producirse por el incumplimiento de la lex artis o por defecto, insuficiencia o falta del servicio.

A lo anterior hay que añadir que no son indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido evitar o prever según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento que se producen aquéllos, de suerte que si la técnica empleada fue correcta de acuerdo con el estado del saber, el daño producido no sería indemnizable por no tratarse de una lesión antijurídica sino de un riesgo que el paciente tiene el deber de soportar y ello aunque existiera un nexo causal.

En la asistencia sanitaria el empleo de la técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido ya que cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si a pesar de ello causó el daño o más bien pudiera obedecer a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente».

CUARTA.- Aplicada la anterior doctrina al presente caso, resulta acreditado el fallecimiento de una persona, que provoca 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).

Una vez determinado el daño en los términos expuestos, procede analizar la concurrencia de los demás requisitos necesarios para reconocer la existencia de responsabilidad patrimonial.

Las reclamantes reprochan la asistencia sanitaria prestada por el SUMMA 112 al entender que, el día 23 de junio de 2021, se infravaloraron los síntomas que presentaba el enfermo, que, en su opinión, era altamente sospechosa de una disección aórtica por lo que entienden que se debería haber enviado una ambulancia (idealmente una UVI móvil), se debería haber administrado medicación

iv vasodilatadora y betabloqueante para reducir la tensión arterial y evitar el estrés sobre la pared arterial y se debería haber trasladado al paciente a un hospital con Servicio de Cirugía Cardíaca.

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

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

En el presente caso, las reclamantes no aportan prueba pericial que demuestre que la actuación del SUMMA 112 fuera contraria a la *lex artis*, por lo que debemos acudir a la documentación incorporada al expediente y a los informes obrantes en el mismo.

En este sentido, se observa que el informe de la directora médica de Transporte del SUMMA 112 se limita a dar cuenta de los detalles de la asistencia del día 23 de junio de 2021, sin mayor explicación e incluso introduciendo algunas afirmaciones que no encuentran

respaldo en la documentación examinada como es *“el carácter de urgencia”* que se asignó al dispositivo movilizado en la primera llamada; el mantenimiento de la urgencia en la segunda llamada, que tampoco consta o que en la tercera llamada, la esposa comunicara que estaban llegando al hospital, pues de la transcripción resulta que lo que manifestó es que *“iba de camino”*.

Por su parte, la Inspección Sanitaria tras efectuar las oportunas consideraciones médicas sobre la disección aórtica, su sintomatología y resaltar la dificultad diagnóstica de la patología y su alta mortalidad, indica que *“considerando los tiempos de reacción del servicio de Urgencias Médicas de la Comunidad de Madrid (SUMMA) en relación a una llamada cuyos síntomas no son claramente identificables con una disección hiperaguda de aorta, así como el brusco desenlace del paciente pasadas apenas dos horas desde el comienzo de los síntomas (y 90 minutos desde el empeoramiento), no queda claro tras revisar documentación aportada que desde la primera llamada el paciente tuviera claros síntomas de disección aórtica y tuviera que haberse enviado un recurso diferente al que se envió. Además, incluso considerando el envío de un recurso diferente (en el hipotético caso de que hubiera uno disponible), impresiona que, dada la celeridad de presentación de los síntomas del paciente, el desenlace hubiera sido el mismo.*

Por ello, tras revisar la documentación aportada y la literatura científica considero que la actuación por parte del servicio de Urgencias Médicas de la Comunidad de Madrid (SUMMA) fue correcta respecto a la asistencia telefónica realizada”.

En base a lo informado por la Inspección Sanitaria, la propuesta de resolución plantea la desestimación de la reclamación formulada al considerar que la actuación del SUMMA 112 fue conforme a la *lex artis ad hoc*.

Sin embargo, tras el examen completo de expediente, no puede compartirse ese criterio pues entendemos que el informe de la Inspección Sanitaria no es concluyente a la hora de abordar si la sintomatología que presentaba el enfermo podía haber llevado a la orientación diagnóstica de una disección aórtica, pues manifiesta expresamente que ese dato “*no queda claro*”, pero además no tiene en cuenta en su informe otras cuestiones como es la circunstancia relevante de la hipertensión que padecía el paciente, que fue manifestado por la esposa desde la primera llamada, y que según resulta del informe de la Inspección Sanitaria es un factor de riesgo de la disección aórtica; el hecho de que en la anamnesis no se indagara más sobre la sintomatología o sobre las características e intensidad del dolor y, especialmente, que a partir de la segunda llamada, en la que se manifestó una clara agravación de los síntomas, con insuficiencia respiratoria, irradiación del dolor y sudoración excesiva, junto con el dato conocido de la hipertensión, no se planteara otra valoración diagnóstica y la asignación de otro recurso. Ninguna de las cuestiones que acabamos de plantear encuentran explicación en el procedimiento.

Por otro lado, la Inspección Sanitaria considera que, aunque se hubiera enviado un recurso diferente, dada la rápida evolución del proceso, dos horas desde la primera llamada y 90 minutos desde la agravación de los síntomas “*el desenlace hubiera sido el mismo*”. Sin embargo, según resulta de su informe, a pesar de la elevada mortalidad de la referida patología, el diagnóstico precoz y la intervención quirúrgica urgente son factores claves en un mejor pronóstico. En este contexto, no resulta difícil entender que la asignación de una UVI móvil desde la primera llamada, con tiempos medios de respuesta de 16 minutos 40 segundos en el año 2021, según resulta del informe del Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud en relación con el SUMMA 112, 2019-2021 y el

traslado a un hospital con Servicio de Cirugía Cardíaca, podría haber acertado el tiempo de tratamiento y quizás el resultado podría haber sido distinto.

No constituye obstáculo a lo que acabamos de decir el hecho que se constata en la transcripción de la segunda llamada de que todos los recursos tenían una demora de “*una hora, una hora y media*”, pues al margen de no encontrar justificación en el expediente la razón de esa demora asistencial, en caso de haber realizado una correcta orientación diagnóstica y pautado un recurso urgente, se podría haber priorizado la asistencia del familiar de las reclamantes frente a otros casos menos graves, o conocida la urgencia vital de esa patología y la demora asistencial existente en esos momentos, se podría haber orientado a la alertante para que acudiera por sus propios medios a un centro hospitalario especializado en Cirugía Cardíaca, con el consiguiente acortamiento de los plazos.

En definitiva, como recoge la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 28 de junio de 2023 (recurso 1199/2021) “*aun admitiendo que se trata de un caso de atención telefónica, de atención urgente, que son miles las llamadas que se reciben en el SUMMA 112, la dificultad de realizar un diagnóstico certero a través de la atención telefónica, la dificultad de entablar un diálogo preciso con el paciente por vía telefónica, la dificultad de conocer con certeza los signos y síntomas que presenta el paciente como consecuencia de la atención telefónica, el tiempo limitado del que disponen los facultativos del SUMMA, que hay que tomar decisiones muy rápidas en pocos segundos, y, en definitiva, aun admitiendo la dificultad de realizar un diagnóstico correcto mediando dichas limitaciones*”, y además considerando que, en este caso, estamos ante una patología de difícil diagnóstico, sin embargo existen indicios en el expediente de ciertas irregularidades que hemos puesto de manifiesto y que no han encontrado explicación

en el procedimiento, y que nos lleva a entender que la actuación sanitaria podría haber sido distinta y en consecuencia el resultado.

Nos encontramos, por tanto, 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*” [Sentencia del Tribunal Supremo de 24 de septiembre de 2018 (Rec. 976/2016)].

El Tribunal Superior de Justicia de Madrid viene recogiendo el concepto de pérdida de oportunidad admitido por el Tribunal Supremo. Así la Sala madrileña en su Sentencia de 23 de junio de 2022 (Rec. 880/2020) y en la más reciente de 4 octubre de 2023 (Rec. 908/2021) 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)”.

Recuerda asimismo la citada Sentencia de 23 de junio de 2022, la del Tribunal Supremo de 7 de julio de 2008, antes citada, relativa a un indebido retraso en dispensar al paciente en las mejores condiciones posibles, el tratamiento que necesitaba, lo que le privó de la probabilidad de obtener un resultado distinto y más favorable para su salud; en ella se declaraba que «(...) esta privación de expectativas, denominada en nuestra jurisprudencia doctrina de la “pérdida de oportunidad” [sentencias de 7 de septiembre de 2005 (casación 1304/01, FJ2º) y 26 de junio de 2008, ya citada, FJ6º], constituye, como decimos, un daño antijurídico, puesto que, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación), los ciudadanos deben contar, frente a sus servicios públicos de la salud, con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica pone a disposición de las administraciones sanitarias; tienen derecho a que, como dice la doctrina francesa, no se produzca una "falta de servicio».

Esta Comisión ha apreciado pérdida de oportunidad en supuestos en los que han existido demoras indebidas en la remisión de recursos sanitarios por parte del SUMMA 112 como es el caso de los dictámenes 491/20, de 27 de octubre, 565/20, 22 de diciembre y 541/23 de 10 de octubre, entre otros.

Por tanto, ha de procederse a valoración del daño causado. En estos casos, la citada Sentencia del Tribunal Supremo de 3 de diciembre del 2012, recoge que: *“a la hora de efectuar la valoración del daño indemnizable, la jurisprudencia [...] ha optado por efectuar una valoración global que, a tenor de la Sentencia del Tribunal Supremo de 3 de enero de 1990, derive en una apreciación racional, aunque no matemática”*.

Como se señaló en el citado Dictamen 491/20, en todo caso, en la pérdida de oportunidad solo se valora el daño moral ocasionado a las reclamantes en cuanto a desconocer cuál hubiera sido la evolución de haberse actuado de manera correcta.

Puesto que, como se recoge en el informe de la Inspección sanitaria, la mortalidad en esta patología es elevada aún con un diagnóstico precoz y la propia intervención quirúrgica de la disección de aorta es altamente compleja, esta Comisión considera adecuada una cantidad global de 14.000 euros para la esposa y 18.000 euros para la hija del fallecido, cantidades que deben considerarse ya actualizadas.

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

CONCLUSIÓN

Procede estimar parcialmente la presente reclamación y reconocer a las reclamantes una indemnización global y actualizada de 14.000 euros para la esposa y 18.000 euros para la hija del fallecido.

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 8 de febrero de 2024

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 52/24

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid