



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº 50/2012

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 27 de febrero de 2012, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Ilmo. Sr. Secretario General de la Consejería de Sanidad y Consumo (por delegación de la Excm. Sra. Consejera), mediante oficio registrado el día 5 de abril de 2011, sobre responsabilidad patrimonial instada por x y otros, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **69/11**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 6 de febrero de 2009, x y otros presentan reclamación de responsabilidad patrimonial frente al Servicio Murciano de Salud (SMS), por el fallecimiento de x, esposo y padre de los reclamantes, por entender que el retraso en la llegada de la ambulancia, tras sufrir aquél un infarto, constituyó la causa de su muerte.

Los hechos se produjeron, según versión de los reclamantes, del siguiente modo:

- El día 7 de febrero de 2008, sobre las 11:30, el x se encontraba en su puesto de trabajo cuando comenzó a sentir un fuerte dolor en el pecho y en el brazo izquierdo, por lo que sus compañeros procedieron a solicitar una ambulancia de los Servicios de Urgencia.

- Tras una larga espera la ambulancia llegó a las 14:40 horas, es decir, una hora después de su fallecimiento que se produjo a las 13:36 horas.

- El fallecimiento se debe pues al retraso en la llegada de la ambulancia, ya que si x hubiese recibido asistencia sanitaria inmediata habría podido salvar su vida.

Solicitan una indemnización de 255.890,38 euros, según desglose que figura a los folios 4 y 5 del expediente, aunque proponen una terminación convencional en cuyo caso estarían dispuestos a aceptar una indemnización de 232.627,62 euros.

Finalizan su escrito pidiéndola práctica de las siguientes pruebas:

1. Documental, integrada por los documentos que se unen al escrito de iniciación del procedimiento.

2. Pericial, por perito con titulación de doctor en medicina especialista que se pronuncie sobre la atención sanitaria y médico hospitalaria recibida por el paciente.

SEGUNDO.- Por la Consejería consultante se dirige escrito a x, a fin de que acredite la legitimación de

dos de sus hijos, x, y. El requerimiento es cumplimentado en tiempo y forma por las interesadas.

TERCERO.- Seguidamente se solicita a la Gerencia de Emergencias Sanitarias 061 de Murcia el envío de la siguiente documentación:

- Copia de la historia clínica del paciente.
- Informe de los profesionales que le asistieron.
- Transcripción de la conversación que mantuvieron con el Servicio de Emergencia.

La solicitud es atendida con la incorporación al expediente de los siguientes antecedentes documentales:

1. Transcripción de las conversaciones grabadas realizadas por los demandantes de asistencia y el Centro Coordinador de Urgencias (CCU 112-061), que obran a los folios 40 a 49, ambos inclusive, del expediente.

2. Historia clínica de la asistencia prestada al x el día 7 de agosto de 2008 por la Unidad Medicalizada de Emergencias (UME -11).

3. Informe del Coordinador Médico del CCU del siguiente tenor:

"A las 13 horas y 13 minutos del día 7 de febrero de 2009 (quiere decir 2008) se recibe llamada a través del 1-1-2 sobre un incidente que ocurre en la dirección Ctra. de Sucina al llegar a la Tercia (Murcia) coger dirección Balsicas y se verá una obra grande. Según llamante, un trabajador de la obra, varón de unos 45 años se ha desmayado, está en el suelo, le cuesta trabajo respirar y está inconsciente.

Médico directivo con los datos facilitados decide que se active y envíe una unidad UME, y se llama a las 13 horas y 15 minutos a la UME-11 de Torre Pacheco y se le indica todos los datos que se conocen.

A las 13 horas y 17 minutos, médico directivo (192) llama para recabar más datos y en el transcurso de la llamada, hay una nueva llamada ya que piensan que la UME no sabe llegar y se hace una mediación entre llamante y UME.

A las 13 horas y 30 minutos hay una nueva llamada para reclamar la asistencia y tras comprobar con los puestos de operador del 061 se informa al llamante que la unidad UME sabe llegar al lugar y está en camino.

Según grabación y comprobado en el registro de la historia clínica, UME Torre Pacheco informa de la llegada a las 13 horas y 36 minutos".

4. Informe del Dr. x, Coordinador Médico UME-11, que asistió al paciente el día de su óbito, en el que señala lo siguiente:

"...atendí el día 07-02-2008 a x, la UME Torre Pacheco fue activada por CCU a las 13 h 20 min y llegamos al lugar de la emergencia a las 13 horas 36 min, en obras del campo de golf de la Tercia. El paciente estaba en parada cardiorrespiratoria y en ese momento el monitor registra asistolia. Se inició reanimación cardio-pulmonar avanzada sin éxito durante 20 minutos, diagnóstico de exitus. Compañero de trabajo me comentó que el paciente era diabético y había tenido dolor de pecho. Para más

información me remito a la historia clínica".

CUARTO.- Con fecha 28 de abril de 2009 se dicta Resolución del Director Gerente del SMS por la que se admite a trámite la reclamación y se encomienda la instrucción del expediente al Servicio Jurídico de dicho organismo.

Seguidamente el órgano instructor se dirige a los reclamantes informándoles de lo siguiente:

1. Se admite la práctica de la prueba documental propuesta.

2. En cuanto a la prueba pericial también propuesta, se admite que la parte reclamante aporte el correspondiente dictamen pericial, realizado a su costa, por el profesional que estime conveniente.

3. Se ha incorporado al expediente transcripción de la conversación que se mantuvo con el 061 en relación con la asistencia prestada al x, la que pueden examinar y obtener copia si así lo consideran necesario.

QUINTO.- Trasladado el expediente a la Compañía de Seguros ésta comparece aportando dictamen médico realizado colegiadamente por cuatro facultativos especialistas en Medicina Interna, en el que, tras resumir los hechos y efectuar las consideraciones médicas que estiman oportunas, concluyen del siguiente modo:

"1. El paciente falleció, como consecuencia de una muerte súbita, en probable relación con una cardiopatía isquémica en un paciente con aterosclerosis y diabetes mellitus.

2. Al no disponer de autopsia, esta aproximación es fundamentalmente estadística.

3. La asistencia del Centro Coordinador de Emergencias fue adecuada en tiempo y forma: siguió el protocolo de actuación.

4. La atención a la parada cardiorrespiratoria fue correcta".

SEXTO.- El 15 de noviembre de 2010, se emite el correspondiente informe por la Inspección Médica en el que, tras valorar los hechos y la documentación, alcanza las siguientes conclusiones:

"1. Varón de 48 años de edad en el momento de los hechos cuya responsabilidad se reclama a la Administración, que sufre desvanecimiento el día 07/02/08 en una obra situada en un paraje rural.

2. Queda acreditado que, por parte de la ciudadanía, se informa al Centro Coordinador de Emergencias (CCU-112) de la presencia de una persona desmayada en una obra a las 13:13 h, estando activados pocos minutos después (13:15 h) los recursos sanitarios necesarios para su atención (Unidad Medicalizada de Emergencias, UME).

3. Queda acreditado que toda la asistencia de urgencia se completa en un lapso de tiempo de 23 minutos, desde dicho primer aviso al CCU-112 a las 13:13 h hasta que el recurso asistencial (UME) comunica al CCU la llegada al lugar de la incidencia (13:36 h) y presta la atención médica.

4. Queda acreditado que la gestión de la asistencia sanitaria de urgencia por el CCU-061 fue conforme a la "lex artis", estando su duración dentro de los márgenes de tiempo contemplados en el vigente Plan Estratégico del 061".

SÉPTIMO.- Conferido trámite de audiencia a las partes (reclamantes y aseguradora), ninguna de

ellas hace uso del mismo al no comparecer ni formular alegación alguna.

Seguidamente la instructora formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al considerar que no queda acreditada en el expediente la relación causal entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y el daño por el que se reclama.

En tal estado de tramitación V.E. dispuso la remisión del expediente al Consejo Jurídico en solicitud de Dictamen, mediante escrito que tuvo entrada el día 5 de abril de 2011.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia (LCJ), en relación con el 12 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

1. Los reclamantes, en su condición de esposa e hijos del fallecido -usuario del servicio público sanitario-, ostentan la condición de interesados y están legitimados para ejercitar la presente acción de reclamación, a tenor de lo establecido en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), en relación con el 4.1 RRP.

En cuanto a la legitimación pasiva tampoco suscita duda que la actuación a la que los reclamantes imputan el daño que dicen haber sufrido, acontece en el marco del servicio público prestado por la Administración sanitaria regional.

2. En cuanto al plazo, el Consejo Jurídico coincide con la propuesta de resolución en que la acción se ha ejercitado dentro del año previsto en el artículo 142.5 LPAC, teniendo en cuenta que el fallecimiento del paciente se produjo el 7 de febrero de 2008, conforme al certificado de defunción (folio8), y la reclamación se presentó el 6 de febrero de 2009.

3. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos.

TERCERA.- Concurrencia de los requisitos que determinan la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los principios de la responsabilidad de la Administración que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 CE: "los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos". Por otra parte, el texto constitucional (artículo 43.1) también reconoce "el derecho a la protección de la salud", desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de naturaleza objetiva, son recogidos por los artículos 139 y siguientes de la LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia:

1. La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupos de personas.
2. Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando el nexo causal.
3. Ausencia de fuerza mayor.
4. Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención sanitaria que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultados, sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los posibles para la asistencia del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado de la misma, una obligación de desplegar adecuadamente los medios y recursos disponibles, lo que requiere un juicio valorativo acerca del estándar de disponibilidad de dichos medios y su aplicación a las circunstancias del caso de que se trate.

En este sentido, sólo en el caso de que se produzca una infracción del deber de aplicación de medios, considerando a tal efecto el estándar de medios disponibles aplicado a las circunstancias del caso concreto, responderá la Administración de los daños causados, pues, en caso contrario, dichos perjuicios no habrán de imputarse, en términos jurídicos, a la atención sanitaria pública y, por tanto, no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que en tal caso podría declararse en todos los supuestos en los que, con ocasión de cualquier intervención de los servicios sanitarios públicos, no se pudieran evitar los daños a la salud de las personas que se producen por la misma naturaleza de la condición humana; tal resultado, obviamente, no respondería a la configuración constitucional y legal del instituto de la responsabilidad patrimonial de que se trata.

Además de lo anterior, es esencial destacar que la relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios públicos y la producción de unos determinados daños físicos o psíquicos, cuya existencia se imputa al funcionamiento anormal del servicio sanitario de que se trate, requiere de la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de las consecuencias que, para la salud humana, tiene la actuación sanitaria en cuestión, en el específico contexto que presenta cada caso. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC)-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo en sentencia de su Sala de lo Contencioso- Administrativo de 1 de marzo de 1999). En cuanto a la Administración, la valoración de la asistencia prestada será ofrecida, además de por los médicos intervinientes, cuyo informe resulta preceptivo de conformidad con el artículo 10.1 RRP, por el de la

Inspección Médica, que, en su calidad de órgano administrativo, se encuentra obligado a efectuar un análisis especialmente objetivo e imparcial de las actuaciones realizadas por los servicios de la sanidad pública, lo que le otorga un singular valor a efectos de prueba.

CUARTA.- Relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento de los servicios públicos regionales y los daños por los que se reclama indemnización. Inexistencia.

En el supuesto que nos ocupa, los reclamantes achacan el daño no a la actuación de los profesionales que atendieron al paciente, sino a la tardanza en la llegada al centro de trabajo de los servicios sanitarios de emergencia.

Para valorar la corrección de la asistencia sanitaria prestada en el presente caso hay que tomar en consideración la cronología de los hechos probados:

- La llamada para la atención domiciliar de la UME fue registrada a las 13:13 horas, según transcripción de la llamada que figura al folio 40 del expediente, es decir, casi dos horas después de la que los reclamante fijan como efectuada la llamada (11:30 horas).

- Tan sólo dos minutos después, a las 13:15 horas, se había activado el recurso asistencial UME-11 (UME de Torre Pacheco), según la comunicación entre el locutor del 061 y la UME (folio 42).

- Según la hoja de registro de comunicaciones obrante al folio 49 la UME móvil llega al lugar donde se encontraba el paciente a las 13:36, es decir, 23 minutos después del primer aviso y 21 minutos después de la activación del recurso sanitario.

En consecuencia, las imputaciones realizadas por los reclamantes, sobre la tardanza en más de tres horas en llegar la ambulancia se encuentran expresamente contradichas por la documentación expuesta, que acredita que la hora de llegada de la ambulancia al centro de trabajo fue a las 13:36, tiempo que tanto los peritos de la Aseguradora como la Inspección Médica consideran adecuados (folios 81 y 108). A mayor abundamiento, se ha de tener en cuenta que la difícil localización del centro de trabajo (lugar aislado en medio de una zona rural) y el hecho de que la carretera de Balsicas estuviese cortada, fueron circunstancias que contribuyeron a dificultar el traslado del recurso, pero sin sobrepasar los límites protocolariamente establecidos para ello; en este sentido se pronuncia la Inspección Médica al folio 107, al afirmar que *"el lapso de tiempo sería de 21 minutos entre la activación del recurso asistencial (activación de la UME-11 a las 13:15 horas) y su llegada al lugar de la incidencia (lo que entraría dentro del tiempo estimado de actuación para una zona eminentemente no urbana y rural, quedando delimitado en una ?crona? comprendida entre los 15 y los 30 minutos desde la activación del recurso asistencial"*. Resulta conveniente recordar lo que indicábamos en nuestro Dictamen 201/2008, sobre la razonabilidad de los tiempos de llegada de los servicios de emergencia, con cita de la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad de Madrid, Sala de lo Contencioso Administrativo, de 10 de noviembre de 2006, *"una cosa es lo ideal, lo que desearía cualquiera y es, como hemos dicho, que exista un Hospital a escasos kilómetros de cualquier vivienda y que haya una UVI móvil esperando a cinco o seis kilómetros de cualquier lugar y otra que eso sea factible"*.

Sobre la asistencia recibida por el paciente por los servicios de emergencia y su posible conexión con el fatal desenlace nada dicen los reclamantes y, por otro lado, los informes médicos obrantes en el expediente coinciden en afirmar la correcta actuación de los facultativos que atendieron al paciente. Así, los facultativos de la aseguradora en su dictamen señalan que la atención a la parada cardiorrespiratoria fue correcta. En el mismo sentido la Inspección Médica indica que la asistencia sanitaria prestada fue ajustada a la *lex artis*.

De lo anterior se desprende la ausencia de antijuridicidad del daño alegado y la falta de acreditación

del nexo causal entre el funcionamiento del servicio público y el resultado, pues la Administración puso a disposición del paciente los medios disponibles en aquel momento. En el mismo sentido se pronuncia la Sentencia de la Audiencia Nacional, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 10 de octubre de 2001, cuyo fundamento jurídico quinto señala: *"En este caso queda probado que la reacción administrativa fue rápida, si bien por los medios de que se disponía actuó como actuó. Significa esto que no cabe apreciar un funcionamiento anormal pues una cosa es el nivel ideal de funcionamiento de un servicio y otra es el estándar o nivel posible, nivel este que desde el mandato legal del artículo 7 citado deberá aproximarse a lo más eficaz y deseable pero siempre desde los medios de que se dispone"*.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria, en tanto que no se aprecia la concurrencia de los elementos legalmente exigidos para el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

No obstante, V.E. resolverá.

