



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **197/2013**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 17 de julio de 2013, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación de la Excm. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social), mediante oficio registrado el día 27 de septiembre de 2012, sobre responsabilidad patrimonial instada por x y otros, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **318/12**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 12 de septiembre de 2011, x, y, z, 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 su traslado al Hospital adecuado para tratarlo de la dolencia que padecía (ictus), constituyó la causa de su muerte.

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

- El día 24 de junio de 2011, a las 12:05 se cursó llamada al 061 reclamando una ambulancia con médico para asistir al paciente, puesto que se había mareado y caído al suelo. El requerimiento de la ambulancia fue sugerido por el médico de cabecera que, a petición de los familiares, había acudido al domicilio a prestar asistencia a x.
-
- Al llegar la ambulancia el facultativo que iba en ella, Dr. x, aprecia mareo y dificultad para hablar y deriva al enfermo en ambulancia al Hospital de Santa Lucía en Cartagena, con el juicio clínico de déficit neurológico agudo.
- Por razones que se desconocen, pero a petición del 061 y a pesar de la gravedad y urgencia del caso, a medio camino al paciente se le cambió en el Puerto de Mazarrón desde la ambulancia en la que iba a otra de la Cruz Roja, lo que hizo que el enfermo no llegase hasta el Hospital de Santa Lucía hasta las 13:43 horas.
- Ya en este centro hospitalario se le practica un TAC y se le diagnostica de hemorragia intraparenquimatosa cerebelosa.

- Tras consultar con neurocirugía del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA), el enfermo fue trasladado a este último hospital, donde se le diagnostica de hemorragia a nivel del tronco encefálico con efecto masa y se desestima cirugía, por lo que se le envía de nuevo al hospital de procedencia, ingresando en UCI y falleciendo al día siguiente.

Para los reclamantes la muerte de su esposo y padre fue consecuencia del mal funcionamiento de los servicios sanitarios de emergencia, que concretan en dos actuaciones: una, en el incomprensible cambio de ambulancia, lo que demoró el momento en el que el paciente pudo ser asistido en un centro hospitalario, y otra, en el hecho de que no se le trasladase directamente al HUVA, único centro hospitalario de la Región con unidad de ictus.

Afirman que el desafortunado manejo de la urgencia del paciente dio lugar a un retraso fatal (pérdida de oportunidades) de 3:15 horas, que es la diferencia de tiempo entre la hora en la que efectivamente llegó al HUVA y la que podía haber llegado de haberse efectuado correctamente el traslado.

Por lo anterior solicitan una indemnización de 150.001 euros para cada uno de los reclamantes. Finalizan la reclamación designando para su defensa al Letrado x.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación y notificado ello tanto a los interesados como a la compañía de seguros del SMS, la instrucción requiere a los Hospitales Santa Lucía y HUVA, el envío de las historias clínicas del paciente, así como informe de los facultativos que le atendieron. También solicita a la Gerencia de Emergencias 061 informe sobre el contenido de la reclamación.

TERCERO.- Los Centros Sanitarios mencionados cumplimentaron el requerimiento adjuntando las historias clínicas del paciente; además se incorporan al expediente los siguientes informes médicos:

- Del Jefe de Servicio de Urgencias del Hospital Santa Lucía, del siguiente tenor:

"El paciente x fue trasladado a nuestro Servicio de Urgencias del HUSL tras ser valorado por UME de Mazarrón por mareo con disartria, trasladándose en ambulancia de la Cruz Roja donde presenta deterioro neurológico con episodio de apnea , procediendo el personal que lo acompañaba a ventilación manual con Ambu. A su llegada a las 13:43 h lo encontramos en coma Glasgow 3 en parada respiratoria con pulso, por lo que decidimos intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica, estabilización hemodinámica y realización de análisis y TAC urgentes, que se realizan y se informa de hematoma intraparenquimatoso cerebeloso derecho con efecto masa en tronco cerebral. Procedemos a revertir el efecto de la anticoagulación oral que tomaba el paciente con complejo protrombínico y vit k y hablamos con Neurocirujano de guardia de la Arrixaca, que tras enviarle por correo electrónico el informe del paciente con una selección de cortes del TAC practicado, nos indica le enviemos al paciente junto con CD completo del TAC para valoración neuroquirúrgica, por lo que avisamos a 112, que desplaza la UME de Santa Lucía en escasos minutos y trasladan el paciente al Servicio de Urgencias de la Arrixaca a las 15:09.

En resumen el paciente llega a las 13:43 en coma y parada respiratoria, se procede a intubación orotraqueal, ventilación mecánica y estabilización hemodinámica, manteniendo cifras tensionales adecuadas, se realiza TAC, se revierte anticoagulación y se comenta con Neurocirugía tras enviar informe por correo electrónico aceptando el traslado que se realiza a las 15:09 tras movilizar UME de Santa Lucía".

- Del Dr. x, Jefe de Servicio de Medicina Intensiva del HUVA, en el que se señala lo siguiente:

"...no nos encontramos ante un caso de Ictus susceptible de ser tratado bajo el epígrafe de código ictus. Este, se activa bajo determinadas condiciones, y es precisamente la presencia de una hemorragia intracraneal la que desaconseja cualquiera de las acciones de esta terapia. También se apoya el peticionario en asuntos de traslados internos, que, sin ser de mi competencia, están claramente fuera de lugar. Se trasladó al paciente al lugar que se consideraba más adecuado, teniendo en cuenta que no presentaba déficits focales y si un cuadro de grave afectación de los sistemas troncoencefálicos de sostén vital (al parecer había presentado respiración irregular y/o parada respiratoria). El mayor de los defectos, sin embargo, radica en la suposición de que la admisión a ser revisado por el neurocirujano implica el reconocimiento de algún tipo de opción terapéutica. Nada más lejos de la realidad del paciente, aunque precisamente por eso, por la gravedad del mismo, siempre se prefiere la visión directa de la situación, por si hubiera alguna opción. Las decisiones se toman tras la historia, exploración del paciente y datos de exploraciones complementarias. Y en este caso se desestima cualquier acto quirúrgico curativo o paliativo, devolviéndolo a su hospital para tratamiento médico.

Para finalizar resulta curioso ver como el demandante atribuye a unos pocos minutos de acción sanitaria la posibilidad de la vida o la muerte de un paciente, aspecto que suele tranquilizar a las familias pero, en general, alejado de la realidad. Este paciente que lleva mucho tiempo con factores de riesgo para esta situación (se reconoce diabético, hipertenso, dislipémico y con fibrilación auricular) y cuando se cumple el riesgo todos exigimos una pronta y fácil situación, atribuyendo al sistema sanitario unas capacidades que la naturaleza o el interés del paciente no le han otorgado. Desgraciadamente una hemorragia de tronco encéfalo como tenía este paciente, tiene muy mal tratamiento en cualquiera de sus fases".

- Del Dr. x, Jefe de Servicio de Neurocirugía del HUVA, en el siguiente sentido:

"Resumen de la historia.

Se trata de un paciente de 67 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitas, fibrilación auricular y dislipemia, que sufrió cuadro brusco de cefalea, con deterioro de consciencia y caída al suelo, ocurrido en su domicilio, que fue trasladado en ambulancia al Hospital Santa Lucía de Cartagena donde, tras la realización de TAC de cerebro, se procedió a traslado, ingresando en la UCI de nuestro hospital. Durante su traslado había presentado parada cardiorespiratoria.

Al ingreso en nuestro hospital se hallaba en coma profundo (GCS de 3) con pupilas midriáticas y sin respuesta. Tras valoración clínica y estudio de la neuroimagen, se diagnosticó de hemorragia de troncoencéfalo y hemoventrículo y se descartó cualquier tipo de tratamiento quirúrgico, por lo que se reenvió a su hospital, donde falleció 1 día después.

Hemorragia de troncoencéfalo.

Las hemorragias intracraneales tienen diversas causas, considerándose como factores de riesgo importantes la hipertensión arterial y la diabetes mellitas entre ellos. El tronco-encéfalo es un centro vital donde residen los núcleos de la respiración y circulación, así como los núcleos de los pares craneales, y que además contiene las vías que van desde el cerebro a la médula, tanto las que controlan la motilidad como las que conducen la sensibilidad. La mortalidad de las lesiones hemorrágicas localizadas en el tronco cerebral llega hasta cerca del 100%. Sólo sobreviven los pacientes con pequeñas lesiones que, por su situación, no afectan los centros cardiorrespiratorios. El tratamiento quirúrgico de estas lesiones está formalmente contraindicado, máxime en casos con hemorragia masiva, y en pacientes con los factores de riesgo arriba indicados (hipertensión y diabetes mellitas) por el estado de las arterias cerebrales. Un traslado más precoz hubiera producido el mismo resultado.

Traslados del paciente y su indicación.

a) El traslado del paciente se realizó en una ambulancia normal, pero ante el rápido deterioro que sufrió el paciente, se cambió a otra ambulancia medicalizada en el Centro de Salud de Mazarrón, al parecer. Los traslados requieren diferentes tipos de transporte en relación con el estado y requerimientos de los pacientes para disminuir riesgos derivados de dicho traslado y para permitir un adecuado control hemodinámico. A veces es preferible una pequeña demora si ello conduce a una mayor estabilidad y seguridad del paciente.

b) El traslado a nuestro Hospital se realizó para realizar una valoración clínica que incluyó examen neurológico del paciente y valoración de la TAC, para poder tener una imagen real de la situación, con intención de agotar todas las posibilidades de tratamiento. Lamentablemente el paciente no era tributario de tratamiento quirúrgico. En estos casos el tratamiento se limita a medidas médicas y de soporte vital.

Conclusión.

Se trata de un paciente con factores de riesgo de hemorragia cerebral, que sufrió una hemorragia masiva en el troncoencéfalo, que de por sí conlleva una altísima mortalidad, cercana al 100%, y en el que la cirugía no hubiera estado indicada, cualquiera hubiese sido el momento de su ingreso hospitalario. No parece, pues, por el relato de los hechos que la muerte fuera consecuencia de una defectuosa asistencia de la sanidad pública, sino que aquella se produjo como resultado de la propia naturaleza de la lesión".

CUARTO.- La Gerencia de Emergencias, a su vez, remite la documentación solicitada que figura incorporada a los folios 350 a 372, en los que se transcriben las conversaciones que se mantuvieron con ocasión de la asistencia prestada al paciente.

Figura también informe del facultativo de dicha Unidad, Dr. x, que atendió a x en su domicilio, en el que se indica lo siguiente:

"Con respecto a la asistencia del día 24/06/2011 objeto de reclamación por parte de la familia del paciente asistido en esta unidad, declaro que se trata de un paciente que a nuestra llegada al domicilio se encuentra consciente y orientado y que refiere estar mareado por ingesta de alcohol como ya en otras ocasiones había ocurrido. Tanto la toma de constantes como la exploración física (incluida neurológica) en todo momento son normales. A pesar de ello decido el traslado a su Hospital de referencia para observación, negándose en principio tanto el paciente como el familiar, pues reiteran que la sintomatología es secundaria a la toma y mezcla de bebidas alcohólicas. Ante nuestra insistencia en el traslado la familia finalmente accede al mismo, por lo que se produce el traslado al Hospital Santa Lucía de Cartagena en ambulancia de Cruz Roja de Mazarrón acompañado de personal de la misma. A nuestra llegada al lugar de la asistencia se encontraban también el médico y DUE del centro de salud".

QUINTO.- El 6 de marzo de 2012 se recaba el informe del Servicio de Inspección de Prestaciones Sanitarias (Inspección Médica).

SEXTO.- Mediante escrito que tuvo entrada en el Registro del SMS el 29 de marzo de 2012, el letrado de los reclamantes alega que existe contradicción entre la transcripción de las conversaciones mantenidas con el centro de emergencia, en las que nunca aparece la palabra "alcohol" y el informe del Dr. x que hace hincapié en la presunción de que los síntomas de x se debían a la ingesta de bebida alcohólica. Además, añade, este facultativo no llega a explicar por qué ordenó el cambio de ambulancia, por lo que solicita se solicite un nuevo informe del citado médico.

La solicitud es denegada por el órgano instructor, basándose para ello en que el informe del facultativo contiene su juicio clínico personal sobre los hechos objeto de la reclamación, referido a su concreta actuación consistente en la asistencia prestada al paciente en su domicilio, de acuerdo con la anamnesis y exploración física realizada, de lo que ha quedado constancia en la historia clínica, sin que sea necesaria aclaración alguna.

SÉPTIMO.- Por la aseguradora del SMS se aporta informe pericial realizado por una especialista en Neurocirugía, que, tras efectuar las consideraciones médicas que estima convenientes, concluye del siguiente modo:

"El haber actuado con mayor premura no hubiera cambiado el desenlace, ya que no se trataba de un ICTUS, sino, de una HEMORRAGIA CEREBELOSA DRENADA A VENTRÍCULOS, es decir, HEMORRAGIA MASIVA, EN UN PACIENTE ANTICOAGULADO, CARDIÓPATA, DIABÉTICO, HEPERTENSO, OBESO, Y EX FUMADOR, donde el óbito se produce en el 100% de los casos en el curso de las primeras 24-72 horas independientemente de la premura en la actuación quirúrgica".

OCTAVO.- Conferido trámite de audiencia a los interesados (aseguradora y reclamantes), estos últimos, a través de su letrado, presentan escrito de alegaciones en el que vienen a ratificarse en lo manifestado en su anterior escrito sobre las contradicciones que presenta el informe del Dr. x con los hechos reflejados en las grabaciones del servicio de emergencia y finalizan con citas de Sentencias del Tribunal Supremo que, a su juicio, apoyan el que no se puede obligar a quien alega la mala praxis médica a demostrar que si se hubiesen hecho bien las cosas el resultado hubiese sido distinto.

NOVENO.- Con fecha 17 de septiembre de 2012 el órgano instructor emite propuesta de resolución desestimatoria al considerar que no concurren los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas.

En tal estado de tramitación y una vez incorporados los preceptivos extracto de secretaría e índice de documentos, se remite el expediente en solicitud de Dictamen, mediante escrito recibido en el Consejo Jurídico el pasado 27 de septiembre de 2012.

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 142.3 Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), en relación con 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.

Respecto de 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 25 de junio de 2011, y la reclamación se presentó el 12 de septiembre de 2011.

3. El procedimiento seguido por la Administración instructora se ha acomodado, en términos generales, a las normas aplicables a las reclamaciones por responsabilidad patrimonial de la LPAC y del RRP.

En relación con la decisión de continuar el procedimiento sin que se haya evacuado el informe la Inspección Médica en el plazo de los tres meses, conforme al Protocolo de Agilización de los procedimientos de responsabilidad patrimonial aprobado por el Consejo de Administración del Servicio Murciano de Salud en fecha 27 de mayo de 2011, este Órgano Consultivo muestra su conformidad con tal decisión en el presente caso, puesto que concurre el supuesto considerado en nuestro Dictamen núm. 193/2012: *"sólo cabrá continuar los trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial una vez transcurrido el plazo máximo de tres meses previsto en el artículo 42.5,c) LPAC sin que se haya evacuado el informe preceptivo y determinante, cuando en el expediente existan suficientes elementos de juicio para adoptar la decisión que resuelva el procedimiento, pues de lo contrario la Administración no podría resolver expresamente sobre el fondo hasta tanto no fueran emitidos aquellos informes y cumplidos los demás trámites preceptivos"*. Efectivamente, la decisión contenida en la propuesta de resolución elevada se sostiene en suficientes elementos de juicio, dado que los informes de los facultativos que atendieron al paciente en el Hospital Santa Lucía y en el HUVA refieren como el pronóstico de fallecimiento del mismo era del 100% con independencia del tiempo de demora en la atención médica, que el informe pericial de la aseguradora confirma la adecuación a la *lex artis* de las concretas imputaciones de los reclamantes y que éstos no han presentado prueba pericial que sostenga sus imputaciones.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

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), siendo de destacar que en el supuesto que nos ocupa dicha actividad probatoria no ha sido llevada a cabo.

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

Los reclamantes achacan el daño no a la actuación de los profesionales que atendieron al paciente en los citados centros hospitalarios, sino a las tres siguientes actuaciones:

- 1.^a La tardanza del traslado del paciente desde su domicilio hasta el Hospital Santa Lucía.
- 2.^a Que no se escogiera como Hospital del destino el HUVA.
- 3.^a Que el traslado se realizase en una ambulancia no medicalizada.

Para valorar la corrección de la asistencia sanitaria prestada en el presente caso hay que analizar los hechos que se contienen en el expediente.

La ambulancia medicalizada que se solicitó llegó en quince minutos contados desde el momento en el que fue solicitada. Inmediatamente el paciente fue examinado por el médico que señala que el enfermo se encontraba *"...consciente y orientado... tanto la toma de constantes como la exploración física (incluida la neurológica) en todo momento son normales"*. Las constantes que presentaba, tal como aparecen a los folios 274 y 275 eran: Glasgow de 13, auscultación respiratoria normal, auscultación cardíaca arrítmica a 116 l/min, el ECG mostraba una fibrilación auricular a 90 l/min.

Ante estos síntomas y la información que, según el facultativo, le dieron los familiares de una posible ingesta alcohólica, llevaron a éste al diagnóstico de intoxicación etílica, lo que justifica, como indica el perito de la aseguradora, que el traslado se hiciese en una ambulancia normal y no en una UME. El diagnóstico se mostró más tarde erróneo, puesto que el paciente resultó sufrir un *"hematoma intraparenquimatoso cerebeloso derecho abierto a ventrículo con efecto masa sobre tronco encefálico e hidrocefalia incipiente secundaria al sangrado"*.

A la hora de valorar la posible concurrencia de un retraso en el diagnóstico deben ponderarse dos circunstancias. Por un lado, la presencia de síntomas clínicos suficientes para que la enfermedad hubiera podido ser razonablemente detectada, empleando los medios disponibles de acuerdo con el estado de la ciencia y de la técnica en el momento del diagnóstico, y, por otro, la influencia que dicho retraso diagnóstico haya podido tener en el empeoramiento o agravamiento de la enfermedad sufrida por el paciente.

En primer lugar, resulta del expediente que la falta de diagnóstico en la primera asistencia de la patología que padecía el paciente no fue contraria a la *lex artis*. Por el contrario, de los informes médicos obrantes en el expediente, cabe deducir que la actividad del facultativo que atendió al paciente en la ambulancia medicalizada que se desplazó a su domicilio fue correcta, porque la sintomatología clínica que presentaba el enfermo (descrita anteriormente) no era indicativa de la hemorragia cerebral. Así, el perito de la aseguradora indica que el paciente desde que se llama a la ambulancia y se inicia su traslado *"no manifiesta signos de hemorragia ni cambios en su estado neurológico (...); es durante el traslado cuando se ponen en marcha la adaptabilidad contenido-continente, y el déficit neurológico hace su manifestación; hasta ese momento era muy difícil prever que se tratara de una hemorragia, por los datos clínicos objetivos cuando lo valora el médico que llama la familia, ni cuando llega la ambulancia"*.

En segundo lugar, tampoco ha quedado acreditado que un diagnóstico más precoz de la hemorragia hubiera podido evitar el fatal desenlace. En efecto, según afirman los facultativos que han informado en el procedimiento, una hemorragia de tronco encéfalo, como la que padeció el paciente, tiene muy mal tratamiento (Dr. x); o como indica el Neurólogo x, *"se trata de un paciente con factores de riesgo de hemorragia cerebral, que sufrió una hemorragia masiva en el troncoencéfalo, que de por sí conlleva una altísima mortalidad, cercana al 100%, y en el que la cirugía no hubiera estado indicada, cualquiera hubiese sido el momento de su ingreso hospitalario. No parece, pues, por el relato de los hechos que la muerte fuera consecuencia de una defectuosa asistencia de la sanidad pública, sino que aquella se produjo como resultado de la propia naturaleza de la lesión"*. También destaca este facultativo que el tratamiento quirúrgico de estas lesiones está formalmente contraindicado, máxime en casos con hemorragia masiva, y en pacientes con factores de riesgo como los que presentaba el marido y padre de los reclamantes (hipertensión y diabetes millitas). *"Un traslado más precoz hubiera producido el mismo resultado"*. Por su parte en el informe de la aseguradora se afirma que *"es imposible que la demora en el traslado, fuera la causa del desenlace que se manifestó en x, ya que el paciente presentaba todos los factores de riesgo que determinan un sangrado como el que ha tenido y donde el desenlace es en el 100% casos el mismo independientemente de la premura en la actuación"*.

Las anteriores circunstancias dan también respuesta al resto de cuestiones planteadas por los reclamantes, así:

1.^a El traslado se realizó en una ambulancia no medicalizada, porque el diagnóstico que se llevó a cabo no exigía la utilización de tal medio. No podemos olvidar que, como en reiteradas ocasiones ha manifestado este Órgano Consultivo, en la asistencia sanitaria la Administración está obligada por una prestación de medios, de forma que está compelida a aplicar los más adecuados a la situación y necesidades del paciente y que estén disponibles, pues la prestación de estos servicios se encuentra limitada por la disponibilidad de los recursos. Por ello, aun resultando evidente que en sentido abstracto y general lo deseable es disponer de los mejores medios en el menor tiempo posible, no puede obviarse la limitación de recursos con los que la Administración ha de atender a la población, lo que, en algunos casos, obliga a demorar la prestación de un servicio, o a hacerlo con los medios que resulten suficientes y adecuados atendiendo a las concretas circunstancias que concurran, reservando otros medios asistenciales para poder atender a hipotéticas situaciones que así lo demanden. Liberar la UME, ante el diagnóstico que se efectuó del paciente, resultó adecuado, porque no se podía descartar la posibilidad de que surgiera una nueva necesidad asistencial que requiriese dicho servicio.

2. Ante el diagnóstico de intoxicación etílica la decisión de enviar al paciente a su hospital de referencia resulta adecuada con los protocolos de actuación, pero es que, además, no se ha de olvidar que aun en el supuesto de que se hubiese trasladado directamente al HUVA el desenlace habría sido idéntico, porque, como se indica en los informes médicos que obran en el expediente, el haber actuado con mayor premura no hubiese evitado el óbito porque éste se produce en el 100% de los casos en el curso de las primeras 24-72 horas.

En consecuencia, no se aprecia la concurrencia de los elementos generadores de la responsabilidad patrimonial, pues la asistencia prestada al paciente se habría realizado conforme a los protocolos establecidos y con los medios apropiados en función de las necesidades del mismo, ni se encontraría en relación causal con el funcionamiento del servicio público sanitario sino, antes bien, con la grave patología que se manifestó cuyas perspectivas de curación o supervivencia eran nulas.

QUINTA.- Sobre la indemnización solicitada.

La anterior consideración haría innecesario abordar el análisis de la cuantía indemnizatoria solicitada por los reclamantes. No obstante, este Órgano Consultivo considera procedente realizar la siguiente observación.

Los reclamantes solicitan una indemnización de 150.001 euros para cada uno de ellos, sin aportar una justificación en el escrito de reclamación de cómo se han determinado dichas cantidades, aunque las cuantías se asemejan bastante a los conceptos indemnizatorios del baremo de indemnizaciones por accidentes de circulación.

Como reiteradamente ha señalado el Consejo Jurídico, la utilización de algún baremo objetivo puede ser admisible y el sistema de valoración de daños en caso de accidentes de tráfico no es más que un criterio orientativo (STS, Sala 3^a, de 13 de octubre de 1998), debiendo precisarse y modularse al caso concreto en que surge la responsabilidad patrimonial, por lo que ha de tenerse en cuenta las circunstancias personales, familiares y sociales del afectado en relación con el funcionamiento de la Administración que ha ocasionado el daño (por todos, nuestro Dictamen núm. 69/2004).

Sin embargo, en los supuestos en los que el daño a indemnizar no es el fallecimiento del paciente, sino la pérdida de oportunidades (concepto por el que se reclama), lo que se indemniza no es el daño final, sino el porcentaje de oportunidad que se ha perdido, como sostiene la SAN, Sala de lo Contencioso Administrativo, de 15 de octubre de

2003: "Por tanto, lo que debe ser objeto de reparación es, solamente, la pérdida de la oportunidad de que con un tratamiento más acorde a la *lex artis* se hubiera producido un resultado final distinto y más favorable a la salud de la paciente ahora recurrente; el hecho de que se valore, exclusivamente, esta circunstancia obliga a que el importe de la indemnización deba acomodarse a esta circunstancia y que se modere proporcionalmente con el fin de que la cantidad en la que se fije la indemnización valore en exclusiva este concepto indemnizatorio"; también como dice la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, Sala de lo Contencioso Administrativo, de 22 de abril de 2002: "pérdida de oportunidades o expectativas de curación lo que significa que no es pertinente condenar a la Administración sanitaria como si el daño íntegro fuera atribuible a la misma, sino en una proporción resultante de una valoración aproximativa de las probabilidades de éxito que se hubiesen derivado del tratamiento correspondiente a un diagnóstico adecuado".

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.

