



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **110/2015**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 20 de abril de 2015, 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 30 de septiembre de 2014, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **276/14**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 30 de octubre de 2012, x, en su propio nombre y en representación de sus hijos, x, y, presenta reclamación de responsabilidad patrimonial en solicitud de una indemnización por la muerte de su marido y padre, respectivamente, x, por la deficiente prestación de asistencia sanitaria que, según afirma, le fue dispensada en el Centro de Salud de Pozo Estrecho, dependiente de la Gerencia de Área II (Cartagena), y por la Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias (061) del SMS.

Relata la reclamante que el 5 de diciembre de 2011, entre las 8 y 8:30 horas de la mañana, x presentó un fuerte dolor en el pecho que se irradiaba al brazo izquierdo, con malestar general, náuseas, vómitos, mareo, dificultad en la respiración, palidez, sudor frío, etc. Avisado el Servicio de Urgencias del 112, el paciente es trasladado en ambulancia no asistencial al Centro de Salud de Pozo Estrecho, próximo a su domicilio, donde es atendido por el Dr. x, pocos minutos después de las 9:00 horas.

Se le practica un electrocardiograma, observando el facultativo que la prueba había salido muy movida, que no se apreciaba nada y *"que el paciente estaba muy nervioso y que debía tranquilizarse, prescribiéndole diazepam sublingual, indicándole que se podía marchar a casa"*.

Que en su casa, el paciente continuó con los mismos síntomas a la espera de reacción del fármaco prescrito. Pasadas unas tres horas, al no remitir el deficiente estado de salud, la esposa llamó de nuevo al 112 en dos ocasiones, requiriendo asistencia médica urgente, y alertando al mismo tiempo a varios vecinos que se desplazaron al Centro de Salud de Pozo Estrecho en demanda de asistencia urgente; que, a pesar de ello, transcurrió aproximadamente una hora hasta que llegó un médico a la vivienda, y un ATS varios minutos después, cuando x ya había fallecido.

Según la reclamante, a pesar de los síntomas de patología isquémica que presentaba el paciente, sólo se le prescribió un fármaco contra la ansiedad, sin que se le realizaran otras pruebas ni tratamiento adicional, por lo que considera que ha existido un funcionamiento anormal del servicio público tanto por la demora injustificada en la prestación de asistencia médica como por la mala praxis médica que aprecia al incurrir el facultativo que atendió al paciente en un error de diagnóstico y tratamiento, así como por la decisión de darle el alta y no derivarlo al hospital.

Reproduce en su escrito de reclamación un fragmento del "Programa Integral de Atención a la Cardiopatía Isquémica 2010-2013" del SMS, considerando que la atención dispensada al paciente no se ajustó a las recomendaciones de ese documento.

La reclamante cuantifica el daño sufrido por ella y sus hijos en 224.775,30 euros, conforme al sistema para la valoración de daños a las personas contenido en la legislación sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor.

Aporta junto a la reclamación documentación acreditativa del fallecimiento del paciente y del parentesco que le unía con sus familiares reclamantes e informe del médico de familia que le prestó asistencia en el centro de salud.

Adjunta, asimismo, historia clínica informatizada por episodios de asistencia en Atención Primaria que, en relación a los hechos por los que se reclama se describen como sigue: *"consulta por dolor torácico ayer noche ECG normal diazepam sublingual no sube a la consulta como le indico y se va a casa"*.

Propone los siguientes medios de prueba:

- Que se incorporen al expediente, además del historial clínico del paciente, las grabaciones de las llamadas efectuadas por la reclamante al teléfono de emergencias 112, con indicación de las horas de salida y llegada al domicilio del transporte sanitario en las distintas ocasiones en que fue solicitado.
- Que se informe acerca de diversos medios disponibles en el centro de salud de Pozo Estrecho: laboratorio para análisis de sangre, monitorización electrocardiográfica con desfibrilador, transmisión de electrocardiograma al hospital de referencia.
- Que se informe si el transporte que llevó x al centro de salud estaba medicalizado y si disponía de desfibrilador y personal médico; dónde estaba localizado el transporte medicalizado y tiempo de respuesta necesario para desplazarse al domicilio del paciente.
- Que se informe por qué se decidió no enviar transporte medicalizado al domicilio del paciente y no trasladarlo directamente al hospital.

- Que se informe acerca del personal que atendió al paciente y sobre los cursos de formación con que cuentan en el diagnóstico y tratamiento de infartos agudos de miocardio.

- Testifical de seis vecinos del paciente.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación por el Director Gerente del SMS se ordena la instrucción del expediente al Servicio Jurídico del indicado ente sanitario, que procede a comunicar a los interesados la información prescrita por el artículo 42.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), al tiempo que recaba de la Gerencia de Área II (Cartagena) y de la Gerencia de Emergencias 061 la historia clínica del paciente, informe de los facultativos que le prestaron asistencia, el electrocardiograma practicado el día de los hechos, así como que se informe de los extremos indicados por los reclamantes en su escrito inicial.

Así mismo, el órgano instructor da traslado de la reclamación a la Dirección de los Servicios Jurídicos, a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y a la aseguradora del SMS.

TERCERO.- Los requerimientos de información efectuados por el órgano instructor fueron cumplimentados por la Gerencia de Área II, en fecha 24 de enero de 2013, mediante la remisión de historia clínica e informes; y por la Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061, en fecha 30 de septiembre de 2013, enviando grabación en soporte CD de las llamadas de emergencias, copias de los PA (cartas de llamada), e informes del coordinador médico y de los facultativos intervinientes en los avisos.

De los enviados por las correspondientes Gerencias, destacan los siguientes informes:

- Por el Coordinador del Centro de Salud de Pozo Estrecho se informa que el electrocardiograma fue entregado a la esposa del paciente; que el centro sí dispone de monitorización electrocardiográfica con desfibrilador y que no tiene laboratorio de análisis, por lo que siempre se remite al paciente al hospital de referencia. Tampoco dispone de transmisión electrocardiográfica a dicho hospital ni registro y grabación de las llamadas que se realizan al Centro.

- El informe emitido por el Dr. x, médico de familia del Centro de Salud de Pozo Estrecho que atiende al paciente el 5 de diciembre de 2011, se expresa en los siguientes términos:

"Acude al centro de salud en ambulancia y es registrado a las 08 horas 43 min. del día 5-12-11. Se le ingresa en la sala de urgencia, donde refiere haber tenido la noche pasada un dolor en el pecho que se irradiaba al brazo izquierdo con náuseas y no sabe establecer el tiempo que le duró. En el momento del ingreso refiere encontrarse sin dolor de ningún tipo y viene a consultar por el dolor que tuvo durante la noche. El paciente está consciente, orientado en tiempo y espacio, colaborador, palidez de piel y mucosas, ligera agitación y ansioso; temblor intenso de miembros superiores e inferiores (preguntado por el hecho responde que tiene mucho frío) no presenta déficit motores, eupneico con palpación esternón y cartílagos costales negativa, hemodinámicamente estable. Se realiza ECG que sale muy vibrado (por el temblor del paciente), donde no se evidencian signos de patología isquémica aguda. Inmediatamente de realizado el ECG pido al paciente que se baje de la camilla y le INDICO QUE SUBA A

CONSULTA PARA SEGUIR SU ESTUDIO. En ningún momento le di el alta, ni le indiqué que se fuera a su casa.

Unos minutos después en la consulta reclamo al paciente por su nombre y apellidos y no acude, posteriormente vuelvo a reclamar al paciente a las administrativas y me dicen que el paciente no está en la sala de urgencias, hecho que confirman con el guardia de seguridad. Como puede comprobarse reflejo estos hechos en su historial informático.

El motivo de mandar al paciente subir a la consulta no fue otro que finalizar la exploración y la necesidad de un análisis de sangre con enzimas cardíacas urgente con el fin de comprobar o descartar mis sospechas de cardiopatía isquémica.

Sobre las 12:45 recibo aviso urgente del 112 y me pasan con esposa del paciente que me refiere que su marido no respira. Le pregunté por qué no vino a la consulta, y me contestó que ella le insistió a su esposo, pero que no tenía dolor y se marchó a casa. Inmediatamente acudo a su domicilio donde me encuentro al paciente tendido en el suelo, inconsciente, sin pulsos central ni periférico, silencio a la auscultación cardiorrespiratoria y midriasis arreactiva bilateral, no estando indicada la reanimación debido al tiempo transcurrido".

- El del enfermero que realiza el electrocardiograma al paciente, según el cual:

"El paciente x acude al Centro de Salud sobre las 08'40 horas, presentando temblores en las extremidades, refiriendo que la noche anterior había tenido un dolor en el pecho.

Le hago un electrocardiograma, el Dr. x ve dicho electrocardiograma, y le dice que suba a consulta.

El chófer de la ambulancia que lo ha trasladado al Centro de Salud me comunica que el paciente x, lo ha visto marcharse del Centro andando con un acompañante hacia su domicilio.

Sobre las 13:00 horas, y previa llamada telefónica, nos dirigimos al domicilio y una vez allí, me encuentro al paciente en parada cardio- respiratoria".

- El informe del Coordinador médico de equipos de la Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061 es del siguiente tenor:

"1- Según consta en la carta de llamada al 112 y en la grabación de la primera llamada que se realizó, a las 8:06 horas entró llamada tipificada por ATLL como "Dolor Torácico" y donde escribe: "su marido dolor de pecho y brazo izquierdo, con fatiga", así mismo escribe: "así unos 45 minutos "es la 1ª vez que le pasa", "no padece de nada" y "consciente".

Valorado por la médico coordinador, y toda vez que la llamante indica que su domicilio se encuentra cerca del Centro de Salud, decide el envío de la unidad no asistencial (ANA) adscrita a dicho Centro de Salud de Pozo Estrecho, para su traslado al mismo, donde, dada la hora que era, ya había personal médico.

Así, a las 8:07 se asigna la unidad "Apozo" para realizar dicho traslado, sin que conste ningún estado de situación de la unidad hasta las 08:45 horas cuando llama indicando que se encuentra en el Centro de Salud y que espera a que observen al paciente por si hay que trasladarlo a un centro hospitalario.

A las 8:57 h., vuelve a llamar la unidad indicando que el asunto está finalizado y no se realiza traslado del paciente, que queda en el Centro de Salud.

Posteriormente, a las 12:41 horas, se recibe nueva llamada del domicilio, que es tipificada como "inconsciencia" y donde el operador de ATLL escribe "tras aviso esta mañana en urgencias no tenía nada", "mucha dificultad para respirar" "inconsciente, es la primera vez; toma tranxilium, tiene depresión"; finalmente escribe: "esta mañana le han dicho que, aunque parecía un infarto, no era nada, que todo bien".

Pasada la llamada al médico coordinador para su valoración, a esa misma hora, 12:43 h., se activa el PAC de Pozo Estrecho y escribe: "parece crisis de ansiedad, aunque la esposa dice que no le ve respirar, aunque está muy nerviosa para confirmármelo. Así mismo escribe: Ya lo han visto esta mañana en el Centro de Salud donde le han hecho ECG y todo estaba normal", por último escribe: "si al llegar PAC es necesaria UME de Torre Pacheco nos la piden y se enviará cuando se desocupe".

A las 12:45 horas ATLL escribe que hay una nueva llamada donde indican "llamante informa que le estaban realizando respiración asistida a su marido".

No habiendo más comunicación por parte del PAC de Pozo Estrecho, el asunto se cierra a las 20:48 horas del mismo día.

2- Respecto de la unidad no asistencial adscrita al Centro de Salud de Pozo Estrecho, indicar que como tal no dispone de material de electromedicina, aunque utilizada por el personal sanitario del centro para realizar asistencias domiciliarias, es subsidiaria de podersele acoplar, si el personal lo considera preciso, el material disponible en el Centro de Salud.

3- Por lo que respecta a la unidad móvil de emergencias más cercana al domicilio, ésta es la ubicada en Torre Pacheco, activada por el personal médico del centro coordinador cuando considera necesaria su intervención.

4- Respecto del sistema de transmisión de EKG desde una ambulancia a un centro hospitalario, informar que este es un proyecto todavía en fase de prueba y aún no implantado en ninguna unidad asistencial".

- El de la médico reguladora del C.C.U., que atendió el primero de los avisos:

"En relación al aviso del 5 de diciembre de 2011, asistencia a x: Decido enviar ambulancia concertada para trasladar al P.A.C. de Pozo Estrecho, por ser lo más rápido para que el paciente sea atendido por un médico".

- El del médico regulador del C.C.U. que atendió el segundo de los avisos expone:

"Vista la transcripción escrita, y a falta de la grabación del PA puedo referir sobre mi intervención en dicho asunto que se recibió 2ª llamada a las 12'41 horas (3h. y 44 min. de finalizado asunto anterior). Inmediatamente es asignado PAC de Pozo Estrecho y pido hablar con la llamante, me confirma que le han dado otras veces cuadros similares y le han dicho que era crisis de ansiedad, y así lo reflejo, y que esta mañana a las 8 h. ha sido visto en PAC y tras E.C.G. normal se le había dado el alta pero dada la angustia de la mujer y en vistas de que UME ocupada se deja llegar a PAC indicándole que si era necesaria UME nos lo indicara para movilizarla desde puntos más lejanos si no se había desocupado la unidad más cercana.

Vuelve a llamar 6 min. después para informar que el PAC estaba en domicilio haciendo RCP y cortan la llamada, no solicitando PAC, UME u otro recurso y dando por finalizada nuestra intervención".

CUARTO.- Con fecha 11 de octubre de 2013 se solicita el informe del Servicio de Inspección de Prestaciones Asistenciales (Inspección Médica), sin que conste en el expediente su emisión.

QUINTO.- El 22 de octubre, la Instrucción comunica a los reclamantes el acuerdo de admisión de la prueba propuesta, salvo las siguientes: a) la documental consistente en identificación del personal que intervino en la asistencia, que se considera innecesaria puesto que dichos datos constan en la historia clínica remitida; b) la documental consistente en aportación de los cursos de formación del personal, por cuanto de la documentación remitida se desprende la titulación y especialidad de los facultativos intervinientes que determinan su competencia para el ejercicio profesional de la sanidad; y c) la testifical, al considerar que no aportará información adicional que pueda servir al esclarecimiento de los hechos objeto de la reclamación, una vez que se han incorporado al expediente tanto el registro como las grabaciones de las llamadas efectuadas al 061.

SEXTO.- Por la aseguradora del SMS se remite informe médico pericial, evacuado por una especialista en Medicina Interna y con amplia experiencia en Urgencias hospitalarias, que alcanza las siguientes conclusiones:

"1. El paciente x acude al centro de salud el día 5/12/2011, refiriendo un dolor torácico de perfil típico para cardiopatía isquémica durante la noche previa.

2. En el centro de Salud se realiza ECG que es poco valorable por estar muy artefactado, pero sin que se objetiven a priori alteraciones subjetivas de cardiopatía isquémica. Se le remite a la consulta para continuar

estudio.

3. Según los informe médicos el paciente abandona el centro de salud por decisión propia, desatendiendo las indicaciones del médico que le atendió.

4. En el domicilio sufre empeoramiento de su dolencia (probable IAM), sufriendo parada cardiorrespiratoria irreversible y muerte.

5. El médico no es responsable, por lo tanto, del fatal desenlace sufrido por el paciente, que fue quien tomó la decisión de abandonar el centro de salud sin completar el estudio".

SÉPTIMO.- Conferido trámite de audiencia a los interesados, con fecha 1 de julio de 2014, presentan los reclamantes escrito de alegaciones para señalar que ante la divergencia de versiones entre el médico actuante y la esposa del fallecido acerca de si tras practicarle el electrocardiograma y prescribirle el medicamento contra la ansiedad, el paciente fue dado de alta o se marchó del centro de salud por su propia voluntad, ha de estarse a la versión de la reclamante, pues no tiene sentido que le indique que suba a la consulta y no lo remita de forma urgente al hospital de referencia, de donde infiere que lo que hizo el facultativo fue dar el alta al paciente.

Entiende que, en respuesta a la primera llamada, lo correcto habría sido asignar una unidad medicalizada para el traslado inmediato del paciente al hospital de referencia y no llevarlo al centro de salud, donde se carecía de los medios técnicos necesarios para diagnosticar y atender adecuadamente al paciente. Considera, asimismo, que el facultativo que atiende por primera vez al enfermo incurre en mala praxis al prescribirle diazepam y darle el alta.

En relación con el requerimiento de segunda asistencia urgente, ésta se demora en exceso y no se envía la unidad de emergencias de Torre Pacheco, que está ocupada.

OCTAVO.- Con fecha 9 de septiembre de 2014, se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación al considerar el órgano instructor que no concurren los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial, singularmente el nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y la muerte del paciente.

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. La acción de exigencia de responsabilidad se ejercita por la esposa y los hijos del paciente fallecido, quienes sufren el daño moral derivado de la pérdida afectiva ocasionada por la muerte de un familiar tan cercano, lo que les confiere la condición de interesados y, en consecuencia, la legitimación activa para reclamar la reparación de dicho daño (arts. 31 y 139 y ss LPAC). Los hijos del paciente, menores de edad, actúan representados por su madre en ejercicio de la representación legal que ostenta ex artículo 162 del Código Civil.

La legitimación pasiva corresponde a la Administración regional, en su condición de titular de la función pública de asistencia sanitaria de la población y del centro sanitario donde se atendió al paciente y a cuyo personal se imputa el daño padecido.

2. La reclamación fue interpuesta dentro del plazo de un año que el artículo 142.5 LPAC establece para la prescripción del derecho a reclamar, toda vez que la muerte del paciente se produce el 5 de diciembre de 2011 y la acción se ejercita el 30 de octubre de 2012.

3. El procedimiento ha seguido, en líneas generales, el establecido para la tramitación de este tipo de reclamaciones por la LPAC y el RRP, con la excepción del plazo máximo para dictar y notificar la resolución, que ya ha excedido en mucho el de seis meses establecido por el artículo 13 RRP.

Solicitado el informe de la Inspección Médica no ha llegado a evacuarse, considerando el Consejo Jurídico que no concurren en el supuesto sometido a consulta las circunstancias que en aplicación del Protocolo de Agilización de los procedimientos de responsabilidad patrimonial aprobado por el Consejo de Administración del SMS en fecha 27 de mayo de 2011, permiten continuar la instrucción de tales procedimientos sin esperar a la emisión del indicado informe.

Como se detalla en la Consideración Tercera de este Dictamen, no existen en el expediente elementos de juicio suficientes para adoptar una decisión respecto de dos de las concretas imputaciones de los reclamantes, toda vez que, aun cuando éstos no han aportado una pericia que las sustente, los informes técnico-médicos obrantes en las actuaciones y, en particular, el pericial de la aseguradora, no efectúan una valoración crítica de concretas actuaciones médicas relevantes en la decisión el procedimiento, pues únicamente atiende a la atención dispensada al paciente en el centro de salud, omitiendo valorar la decisión previa adoptada por la médica reguladora del CCU de derivar al enfermo al Centro de Salud y no a un Hospital ni la segunda de las intervenciones, cuando a x le repite el infarto.

TERCERA.- Actuaciones anómalas que se imputan al funcionamiento de los servicios sanitarios públicos y

necesidad de contar con el informe de la Inspección Médica.

Para los reclamantes, la causa de los daños por los que se reclama reside en la defectuosa asistencia sanitaria prestada a su esposo y padre, respectivamente, y que identifican con las siguientes actuaciones u omisiones:

- En relación con la primera asistencia, se yerra por el Centro de Coordinación de Urgencias al enviar una ambulancia no asistencial y decidir el traslado del paciente al Centro de Salud, que carecía de los medios adecuados, en lugar de al Hospital de referencia. También se aprecia mala praxis en la decisión de dar el alta al paciente en el indicado Centro de Salud en lugar de derivarlo al Hospital, a pesar de mostrar síntomas de patología isquémica.

- En relación con la segunda asistencia, se imputa por los reclamantes a la actuación administrativa una excesiva demora en la prestación del servicio, tanto por la tardanza del personal médico que acude al domicilio del paciente como por no asignar a dicha emergencia la unidad medicalizada de Torre Pacheco, que en ese momento se encontraba ocupada.

1. La asistencia inicial.

Las imputaciones de los reclamantes en los términos expresados aparecen íntimamente relacionadas con el criterio jurisprudencial de la "lex artis". Ésta actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa cuando del ámbito sanitario se trata, como tiene declarado el Tribunal Supremo en numerosas resoluciones. Por todas, la STS, Sala 3ª, de 22 de diciembre de 2001, afirma: *"ciertamente que en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una 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 éste obedece a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente"*.

Asimismo, la obligación de medios que incumbe a la Administración no supone que, en todo momento y bajo cualquier circunstancia, se hayan de agotar todas las posibilidades y técnicas diagnósticas, hasta las más avanzadas y complejas, sino que esta exigencia también aparece limitada por la "lex artis", que se revela así como estándar de comportamiento profesional medio o normal exigible en un determinado supuesto. Es decir, la *lex artis* es un criterio de normalidad de carácter relativo que se aplica "ad hoc", en relación siempre a un caso concreto, y que exigirá valorar la prestación sanitaria en atención a las circunstancias en que se desarrolla, sin poder exigir en todos los casos que el criterio de la normopraxis venga definido por la avanzadilla del progreso de la ciencia médica, o por el agotamiento de todos los recursos conocidos por la medicina para efectuar el juicio clínico que es el diagnóstico (por todas, STS, Sala 1ª, de 24 de mayo de 1999).

Descrita a grandes rasgos la doctrina relativa a la *lex artis*, habremos de acudir al expediente para desvelar en qué medida la actuación de los profesionales intervinientes se adecuó a dicho estándar.

La valoración de dicha actuación y en qué medida ante la descripción de la emergencia que hace la esposa del paciente a la operadora del centro de emergencias, debió decidirse el traslado del paciente al centro de salud o al hospital, así como el análisis crítico de la asistencia dispensada al paciente en el indicado centro de atención primaria, exige un juicio técnico que únicamente puede ser realizado por los profesionales de la medicina. 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)-, resultan trascendentales los informes médicos obrantes en el expediente -el especial valor probatorio de estas pericias en los procedimientos de responsabilidad patrimonial por 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-.

Examinado el expediente no consta pericia alguna aportada por los reclamantes en apoyo de sus imputaciones de mala praxis.

Por el contrario, de los informes que, traídos al procedimiento por la Administración y la aseguradora de ésta, efectúan un juicio acerca de la asistencia prestada al paciente, se extraen las siguientes consideraciones:

a) En cuanto a que la ambulancia que se asignó para el traslado no estuviera medicalizada y que se llevara al paciente al Centro de Salud y no al Hospital.

Como señalamos en nuestro Dictamen 87/2012, lo decisivo en orden a determinar el cumplimiento o no de la obligación de medios que incumbe a la Administración en la prestación de transporte sanitario, será la realización de un juicio de idoneidad de los medios puestos a disposición del paciente en atención a su situación clínica y a los requerimientos de recursos sanitarios que aquélla demande en cada caso.

La facultativa reguladora del CCU que atendió la solicitud de asistencia sanitaria urgente efectuada por la hoy reclamante a primera hora de la mañana informa que decidió enviar la ambulancia no medicalizada para su traslado al Centro de Salud (Punto de Atención Continuada -PAC- de Pozo Estrecho) *"por ser lo más rápido para que el paciente sea atendido por un médico"*.

De la grabación de la llamada efectuada por la interesada a Emergencias a las 8:06 de la mañana se deduce que su domicilio se encuentra muy próximo al Centro de Salud de Pozo Estrecho. Y así es, pues una vez comprobada sobre plano la ubicación de ambos se advierte que están separados por apenas 200 metros.

Del informe pericial aportado por la aseguradora se desprende que *"es fundamental realizar una buena anamnesis para poder catalogar el dolor torácico como de probable o no origen isquémico, cara a decidir las exploraciones complementarias a realizar"*. No valora este informe la decisión de trasladar al paciente a un centro de salud y no a un hospital ni si ello pudo ser contrario a las recomendaciones de la ciencia médica, si bien de la lectura de ambos informes parece desprenderse que la primera actuación a realizar es el despistaje de la enfermedad coronaria mediante anamnesis, siendo esencial que el contacto con el sistema sanitario se realice cuanto antes para determinar si el paciente sufre o no un infarto. Y lo más rápido en las circunstancias concurrentes en el momento de la llamada de la paciente parece evidente que era trasladar al enfermo al cercano centro de salud para recibir atención médica inmediata, centro que contaba con sistema de monitorización electrocardiográfica con desfibrilador (página 37 del expediente). Ha de considerarse, además, que la información con la que contaba la médico en ese momento era que el paciente estaba consciente y respiraba, aunque notaba fatiga, según se

escucha en la grabación de la llamada efectuada a emergencias.

Ello no obstante, y dado que carece el expediente de una valoración crítica -efectuada desde la óptica de la ciencia médica y de los protocolos de actuación aplicables- de la decisión de la médica reguladora del CCU, de primar la inmediatez en la asistencia por un facultativo sobre otros factores o consideraciones, y en atención a ello opta por trasladar al paciente al Centro de Salud y no a un Hospital, considera el Consejo Jurídico que no concurren en el presente supuesto las circunstancias que en anteriores dictámenes (por todos, el 193/2012) hemos considerado que permitían continuar la instrucción sin tener que esperar a la emisión del parecer de la Inspección Médica, pues ninguno de los informes obrantes en el expediente, ni siquiera el de la propia facultativa que adoptó aquella decisión, justifica su ajuste a protocolos.

b) La atención prestada en el Centro de Salud.

Una vez llegado al centro de atención primaria, el paciente está asintomático, consciente, orientado y eupneico y refiere encontrarse sin dolor, si bien consulta por el episodio que tuvo durante la noche. Presenta náuseas, ligera agitación y temblores evidentes de miembros superiores e inferiores, manifestando tener mucho frío. Es atendido por un Médico de Familia (Dr. x) que procede a realizar un electrocardiograma que no revela signos de enfermedad isquémica. No obstante, el facultativo no da el alta al paciente, sino que lo emplaza en la consulta para continuar el estudio mediante determinaciones analíticas, lo que es conforme a normopraxis, como de forma expresa señala el informe pericial de la aseguradora.

Sobre la divergencia existente en las versiones de la reclamante y el médico interviniente acerca de si el paciente fue dado de alta tras el electrocardiograma o si, por el contrario, se le indicó que subiera a consulta, ha de estarse a las pruebas obrantes en el expediente, las cuales revelan que el médico, tras observar el resultado del electrocardiograma, le pidió al paciente que fuera a la consulta. No sólo consta así en la historia clínica (hoja informática de episodios de asistencia) sino que también lo corroboran de forma expresa tanto el enfermero que realizó el electrocardiograma como el propio médico actuante, cuando recibe el segundo aviso del Centro de Coordinación de Urgencias del 061, según consta en la grabación de la conversación que mantiene este médico con su interlocutora del 061.

Tal como expresa el informe del médico de familia que asistió al paciente, el motivo de mandarle subir a la consulta *"no fue otro que finalizar la exploración y la necesidad de un análisis de sangre con enzimas cardíacas urgente con el fin de confirmar o descartar mis sospechas de cardiopatía isquémica"*.

En consecuencia, de no haberse marchado del centro sanitario, el paciente habría sido remitido al Hospital para realizar las determinaciones analíticas, toda vez que como el centro de salud *"no dispone de laboratorio para practicar análisis,... siempre se remite al paciente a nuestro Hospital de referencia"* (informe del Coordinador del Centro de Salud). De hecho, la ambulancia, a las 8:45 horas, continuaba a la espera por si era necesario trasladar al paciente al Hospital.

La decisión del enfermo de abandonar el centro de salud y marcharse a su casa caminando (así lo señala el enfermero que practicó el electrocardiograma reproduciendo lo que le había comentado el conductor de la ambulancia) impide imputar a la Administración el daño derivado de una asistencia sanitaria que, si quedó incompleta, fue por la sola voluntad del enfermo, quien con su actuación rompió el pretendido nexo causal entre la

actuación administrativa y el daño.

Ahora bien la adecuación a normopraxis de esta concreta asistencia sanitaria no es óbice para que pudiera llegar a declararse una eventual existencia de responsabilidad con ocasión de la respuesta dada por la Administración a la segunda demanda urgente de atención que tiene lugar pocas horas después de marcharse el paciente del centro.

2. La segunda solicitud de asistencia.

a) La demora en la llegada del personal médico.

Señalan los reclamantes que en esta segunda ocasión la llegada del personal médico al domicilio del enfermo se demoró en exceso, teniendo que llamar por dos veces al 112 y acudiendo, incluso, algunos vecinos al centro de salud para demandar asistencia médica urgente para x. Según los reclamantes, el médico tardó casi una hora en llegar desde que se efectuó el aviso y, minutos después, acudió un enfermero.

Sin embargo, la cronología de los hechos que muestra el expediente es muy distinta, como se desprende de la carta de llamadas a emergencias y del informe del médico regulador del CCU que obra al folio 54 del expediente:

- A las 12:41 horas del 5 de diciembre de 2011 (3 horas y 44 minutos después de finalizado el asunto anterior) se recibe nueva llamada de la hoy reclamante en el 112, informando que su esposo se encontraba inconsciente y con mucha dificultad para respirar.

- El médico regulador del CCU pide hablar con la llamante, quien *"confirma que (al paciente) le han dado otras veces cuadros similares y le han dicho que eran crisis de ansiedad...y que esta mañana a las 8 había sido visto en el PAC y tras ECG normal se le había dado el alta, pero dada la angustia de la mujer y en vistas de que la UME está ocupada se deja llegar a PAC, indicándole que si era necesaria UME nos lo indicara para movilizarla desde puntos más lejanos"*.

- A las 12:43 se da aviso al PAC de Pozo Estrecho y el mismo Médico de Familia que esa mañana había visto al paciente se desplaza de inmediato al domicilio.

- A las 12:54, la hoy reclamante vuelve a llamar al 112 e informa que le están haciendo la respiración asistida a su marido. Mientras habla con la operadora, dice que acaba de llegar un médico y corta la llamada.

De lo expuesto se evidencia que la demora en atender la nueva demanda de asistencia urgente, desde que se efectúa la llamada al 112 hasta que la atención sanitaria llega al domicilio del paciente, lejos de alcanzar la hora de duración que alegan los reclamantes, no superó los 13 minutos, tiempo que en la conciencia social imperante

podría considerarse como no excesivo.

Ahora bien, al igual que señalamos en relación con la decisión de derivar al enfermo al Centro de Salud y no a un hospital con ocasión de la primera solicitud de asistencia, tampoco en esta concreta alegación de demora en la llegada de la atención médica existe en el expediente un pronunciamiento técnico -nada dice al respecto el informe de la aseguradora- que informe acerca de los tiempos estándar de respuesta en las condiciones que se presentaban y si la atención efectivamente prestada, es decir, el desplazamiento de un médico al domicilio del paciente para valorar la situación y solicitar, en su caso, una unidad asistencial, fue adecuada a los protocolos de actuación aplicables.

b) La no asignación al asunto de la UME de Torre Pacheco.

De conformidad con el informe del médico regulador del CCU, dicha unidad se encontraba ocupada en el momento de la llamada.

Esta circunstancia, por sí sola, no denota la existencia de una omisión de medios. Sobre los medios disponibles, este Consejo Jurídico ha señalado en anteriores Dictámenes (por todos, los números 201/2008 y 200/2009) que, aun cuando la demora pudiera parecer excesiva para los familiares, la prestación de los servicios de emergencias del 061 se encuentra limitada por la disponibilidad de los recursos, y en la atención prestada ha de valorarse la demanda y la elección del recurso más adecuado entre los disponibles, resultando evidente que en sentido abstracto y general siempre será mejor una disponibilidad de medios mayor en el servicio de ambulancias medicalizadas, pues con ello se mejora la atención sanitaria y se disminuye el riesgo para la salud de los ciudadanos, pero sólo puede dar lugar al reconocimiento de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria cuando concurren los requisitos determinantes de la misma.

Pues bien, en el supuesto sometido a consulta no se aprecia, al menos *prima facie*, la existencia de antijuridicidad del daño alegado y de nexo causal entre el funcionamiento del servicio público y el daño alegado, pues la Administración puso a disposición del paciente los medios disponibles en aquel momento y que se consideraron más adecuados para atender la urgencia. 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 igual sentido se ha pronunciado este Consejo Jurídico en los Dictámenes núms. 78/2009, 124/2010, 47/2011 y 182/2014, entre otros, sobre asuntos similares al presente.

En atención a lo expuesto, considera el Consejo Jurídico que no procede resolver el procedimiento sin antes conocer el parecer de la Inspección Médica, singularmente en relación con la decisión de la médica reguladora del CCU de trasladar al paciente al Centro de Salud y no al hospital con ocasión de la primera demanda de atención sanitaria, y sobre el tiempo de reacción y los medios empleados en la asistencia prestada a raíz del segundo episodio sufrido por el paciente.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina desfavorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, toda vez que no procede resolver el procedimiento sin antes conocer el parecer de la Inspección Médica, singularmente en relación con la decisión de la médica reguladora del CCU de trasladar al paciente al Centro de Salud y no al hospital con ocasión de la primera demanda de atención sanitaria, y sobre el tiempo de reacción y los medios empleados en la asistencia prestada a raíz del segundo episodio sufrido por el paciente.

Una vez evacuado el informe inspector, procede que por el órgano instructor se formule nueva propuesta de resolución y se someta a consulta de este Consejo Jurídico para dictamen sobre el fondo.

No obstante, V.E. resolverá.

