



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº 129/2015

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 11 de mayo 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 Excmra. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social), mediante oficio registrado el día 21 de enero de 2014, sobre responsabilidad patrimonial instada por x como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. 19/14), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 29 de junio de 2011, x, compareciendo en su propio nombre y, en calidad de heredera legal de su hermano x, en representación de la comunidad hereditaria surgida del fallecimiento de éste, según Auto de Declaración de Herederos de 24 de mayo de 2011 del Juzgado de Primera Instancia nº 1 de Murcia, que adjunta, presentó escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial dirigido al Servicio Murciano de Salud (SMS), en el que, en síntesis, expresa lo que sigue.

El 1 de julio de 2010, a las 14.28 horas, su hermano llamó al teléfono de emergencias 061 (dependiente de la Gerencia de Emergencias Sanitarias 061 de Murcia, del SMS) manifestando que se encontraba mal, con mareos y sudor frío, y que padecía de hipertensión. Ante ello, se acuerda enviar a su domicilio un equipo del Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP-2), que llegó a las 15.01 horas al edificio donde vivía, llamando el personal sanitario al "fonoportal" del piso que su hermano había indicado, sin obtener respuesta, por lo que los servicios sanitarios realizaron tres llamadas al teléfono desde el que había llamado su hermano y, al no obtener respuesta, a las 15.03 horas se marcharon del lugar. Todo ello, según expone la reclamante, conforme se desprende del informe de 18 de agosto de 2010 del Director Médico de dicha Gerencia, que adjunta, que señala que tales datos se han obtenido del sistema informático COORDCOM que se utiliza.

Añade la interesada que, según el informe de autopsia emitido en las Diligencias Previas nº 3226/10, seguidas en el Juzgado de Instrucción nº 1, de Murcia, que adjunta, su hermano falleció el citado 1 de julio de una hemorragia cerebral intraparenquimatosa, fijando la forense la hora de la muerte sobre las 15 horas de dicho día (junto al expresado informe se adjunta asimismo el certificado de defunción).

La reclamante alega que se produjo un deficiente servicio por parte de los Servicios de Emergencias, porque aunque se desconoce cuál hubiera sido el resultado de su intervención, su falta de actuación impidió que se realizaran las maniobras que pudieran haber evitado el fatal desenlace. A ello añade que dichos Servicios tardaron

30 minutos en llegar al domicilio, en un trayecto de no más de 12 minutos, cuando la rapidez era esencial para dar una respuesta eficaz, sin que existieran motivos que justificasen dicha tardanza. Señala además que los citados Servicios apenas permanecieron dos minutos en el lugar, en vez de insistir y llamar a algún vecino para poder subir al piso de su hermano. Considera que dicha actuación fue contraria al sentido común y al "Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias", en el que se prevé la movilización de todos los recursos públicos disponibles. Por ello, y con cita de diversos preceptos legales, considera que existe responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, a la que imputa el fallecimiento de su hermano.

Considerando que el finado tenía 45 años y "*sin antecedentes médicos de interés*", solicita una indemnización de 300.000 euros y, subsidiariamente, utilizando el baremo aplicable en materia de accidentes de circulación, la cantidad de 58.121,92 euros, correspondiente a la indemnización prevista para los hermanos en la Tabla I, Grupo V ("*victima con hermanos solamente*"), desglosada en 52.838'11 euros en concepto de cantidad principal, más un 10% como factor de corrección (Tabla II) por perjuicio económico (5.283,81 euros), y los intereses legales.

SEGUNDO.- Mediante resolución de 26 de julio de 2011, el Director Gerente del SMS dictó resolución de admisión a trámite de la reclamación, lo que fue notificado a los interesados.

Asimismo se solicitó a la Gerencia de Emergencias del 061 copia de la historia clínica del paciente e informes de los facultativos que lo atendieron, y que el Director Médico de dicha Unidad informara sobre si consideraba que la actuación dispensada al paciente se ajustó a los protocolos de asistencia de urgencias que se seguían, remitiendo copia de los mismos.

TERCERO.- En oficio de 14 de octubre de 2011, el Director Médico de la citada Gerencia de Emergencias informó lo siguiente:

"...en cuanto a la asistencia solicitada por x con domicilio en la calle -- de Murcia, hemos de decir que sí se actuó con arreglo a las protocolos de asistencia de emergencias sanitarias y que, tras la valoración del médico coordinador, se asigna la Unidad SUAP-2, Infante, que pertenece a la Gerencia del Área de Salud VII (Murcia/Este), indicándole expresamente: "se encuentra mal, sufre de hipertensión, mareado", dice que tiene dolor de cabeza y nuca, mareos y sudor frío".

A las 15:01 horas la Unidad SUAP-2, Infante, da la llegada al domicilio e indica que están llamando repetidas veces y que no contesta nadie. Desde el CCU (Centro Coordinador de Urgencias), por parte de los teleoperadores se realizan varias llamadas al número móvil de donde se hizo la llamada inicial, sin obtener respuesta alguna. Teniendo avisos en espera, y no obteniendo respuesta, tanto a través del timbre de la puerta de acceso como a través del teléfono, la Unidad decide abandonar el lugar, hasta nueva orden por parte del CCU".

El 3 de febrero de 2011 dicho Director Médico informa que, conforme al registro de llamadas COORDCOM, se advierte que el día en cuestión (1 de julio de 2010) *"no había ningún asunto pendiente en cola"*.

Con el primero de los citados informes se remitía una guía de la actuación de la *"asistencia de emergencias"* de las Unidades Móviles de Emergencias -UME- (distintas de las SUAP, según dirá un informe posterior).

CUARTO.- A solicitud de la instrucción, mediante oficio de 2 de abril (sic, en realidad, mayo) de 2012, el citado Director Médico remite a aquélla unos protocolos, facilitados por el Coordinador Médico del CCU, de "evaluación de la demanda" empleado por dicho Centro en unión del "protocolo operativo gestor sanitario" (documento PO-05) utilizado para dar respuesta a las solicitudes realizadas a los teléfonos de emergencias de dicha Gerencia.

QUINTO.- Obra en el expediente un informe médico-pericial, de 18 de mayo de 2012, aportado por la compañía aseguradora del SMS, elaborado por una especialista en anestesia, reanimación y terapéutica del dolor, en el que, tras analizar los hechos, realiza diversas consideraciones, entre las que se destacan las siguientes:

"Lo que no puede hacerse en ningún caso es abandonar el lugar desconociendo la situación del solicitante del servicio. Parece razonable suponer que, si después de una llamada de emergencia en la que el paciente afirma sentirse mareado y con sudor frío, éste no contesta al teléfono, es porque no se encuentra en condiciones de hacerlo; es decir, porque se encuentra en peor estado que cuando realizó la llamada, lo que agrava aún más la situación. En este caso, debe solicitarse con urgencia la presencia de quien pueda abrir la correspondiente puerta."

En este caso se trataba de un paciente hipertenso que solicitó asistencia médica domiciliaria urgente porque se encontraba mal, mareado, con sudor frío y dolor de cabeza. Parece obvio que se encontraba solo cuando realizó dicha llamada, aunque este dato no consta. Personado el equipo médico correspondiente en el domicilio, nadie contestó a sus llamadas ni del timbre de la puerta ni del teléfono, por lo que se decidió abandonar el lugar sin tomar ninguna medida al respecto. 24 horas después el enfermo fue encontrado cadáver y, según el informe forense, había fallecido (minuto más o menos) en el momento en el que el servicio médico se encontraba en la puerta de su domicilio.

La actuación del servicio médico no fue la adecuada a la situación. Ante la ausencia de respuesta por parte del enfermo se debieron poner en marcha las medidas necesarias para acceder a la vivienda.

Distinto tema es que dicha actuación haya guardado relación causal con el fallecimiento del paciente. La autopsia informa de la existencia de una hemorragia cerebral masiva (subaracnoidea e intraparenquimatoso) y data el momento del fallecimiento a las 15 horas del día 1-7-10, es decir, en el momento de la llegada del equipo médico.

Aun suponiendo que dicho equipo hubiera accedido al enfermo y hubiera puesto en marcha unas medidas de reanimación avanzada, puede afirmarse sin lugar a dudas que el desenlace hubiera sido el mismo. La posibilidad de supervivencia en estos casos es nula".

SEXTO.- En oficio de 10 de octubre de 2012, la instrucción solicita a la citada Gerencia de Emergencias que informe sobre el tiempo medio de respuesta para una ambulancia desde que se activa la petición hasta su llegada al domicilio del paciente, pues dicho dato no figura en los protocolos remitidos; además, solicita que se informe si el servicio en cuestión estaba contratado y, en su caso, el tiempo medio de respuesta previsto en el pliego de condiciones del contrato.

SÉPTIMO.- Mediante escrito de 12 de noviembre de 2012, el Director Médico de Emergencias de la citada Gerencia remite diversos documentos:

- Informe, sin fecha, del médico que acudió con la SUAP el día de los hechos, que expresa lo siguiente:

"Manifiesto que el 1 de Julio de 2010, y asistiendo a las indicaciones del Centro Coordinador de Urgencias CCU/112/061, nos presentamos en el domicilio sito en la C/ --, de Murcia, para la asistencia de un paciente, x, de 47 años, el cual según las indicaciones del CCU padecía una probable crisis Hipertensiva o vértigos, no estaban seguros.

Una vez llegado al domicilio llamamos y no nos abren la puerta ni nos contestan a la llamada telefónica, por lo que, y de acuerdo siempre con el CCU, nos marchamos del lugar a nuestro Centro de referencia, y para que conste presentamos fotocopia de la Historia Clínica de dicha asistencia".

En el parte extendido al efecto se consigna como hora las 14,44 y que *"De acuerdo con CCU, nos vamos del domicilio, ya que no nos abren la puerta ni obtenemos respuesta al llamar por tfno"*.

- Informe del Coordinador médico del CCU, de 25 de octubre de 2012, que señala lo siguiente:

"Respecto del primer punto donde se pregunta por el tiempo medio de respuesta por parte de esta Gerencia a una llamada pidiendo asistencia, te informo que, si bien existen unas "cronas" de tiempo de respuesta para las unidades UME, cronas que se hicieron para, según unos parámetros estandarizados por parte de todos los servicios de emergencia del país, definir el área de influencia de cada una de estas unidades y ver qué población quedaba dentro de una crona estándar de 15 minutos, éstas no existe para las unidades SUAP, que fue la que intervino en este aviso; en cualquier caso, respecto de estas unidades de la capital y su zona metropolitana, tienen una zona de influencia determinada, en base a su ubicación, cercanía y tiempo de respuesta, aunque no existen mediciones de tiempo de respuesta de estas unidades, dependiendo este tiempo de la urgencia del aviso, distancia, situación previa de la unidad..."

Respecto del segundo punto, informarte que, como bien sabrás, esta unidad es propiedad del Servicio Murciano de Salud, en este caso, dependiente, a fecha de hoy, de la gerencia de Área VII, a la que pertenece el Servicio de urgencias extrahospitalario del centro Infante Juan Manuel al que está adscrita esta unidad".

- Documento de la citada Gerencia relativo a la transcripción de la llamada del usuario del servicio, fechada en las 14:28 horas del 1 de julio de 2010, en la que, en síntesis, éste solicita que le manden un médico, porque *"tiene frío"*, *"me he mareado"* y *"me duele la cabeza, la frente, la nuca"*.

OCTAVO.- Mediante oficio de 21 de diciembre de 2012 la instrucción requiere a dicha Gerencia que le remita el documento que refleje las actuaciones realizadas por dicha Gerencia en relación con la llamada asistencial de referencia, así como que informe sobre algunas cuestiones.

NOVENO.- Mediante oficio de 28 de diciembre de 2012 el Coordinador de Equipos de dicha Gerencia remite un documento, obtenido el 21 anterior de un fichero informático (se deduce que proviene del sistema COORDCOM ya citado), comprensivo de un listado de anotaciones relativas a la referida llamada (anotaciones de posterior comentario).

Además, dicho Coordinador, en contestación a lo solicitado por la instrucción, manifiesta lo siguiente:

"Contestación a las siguientes cuestiones:

Cuándo el llamante y paciente son la misma persona ¿está protocolizado preguntarle si está solo o acompañado? A esta cuestión tendría que responder la Dirección General de Seguridad y Emergencias 112 Región de Murcia, que es la encargada del Servicio de Atención de Llamada. Y por tanto es ella la que protocoliza estos procedimientos.

¿Se contempla en el protocolo de emergencias la actuación a seguir cuando, personados en el domicilio del paciente, nadie abre la puerta? En el protocolo de atención a las Urgencias y Emergencias Sanitarias recogido en los Documentos o Procedimientos denominados EVALUACIÓN DE LA DEMANDA y MOVILIZACIÓN DE RECURSOS (que se adjuntan), NO.

En caso negativo, ¿qué conducta se sigue en dichos casos? No está protocolizado. Pero, por regla general, se realizan varias llamadas al teléfono del llamante que está reflejado en la carta de llamada.

En cuanto a la conversación del paciente con el médico coordinador. Manifestar que no existe grabación de dicha conversación, porque se efectuó a través del puesto nº 44, que, por causas técnicas dependientes de la Dirección General de Seguridad y Emergencias 112 Región de Murcia, no soporta la utilidad "grabación".

DÉCIMO.- Habiendo sido solicitado en su día un informe a la Inspección Médica de la Consejería consultante, fue emitido el 28 de diciembre de 2012, en el que, tras analizar los hechos, realiza diversas consideraciones, de las que se destaca lo siguiente:

"El médico del SUAP, al no poder acceder a la vivienda, actuó correctamente comunicándose con el CCU y es cuando tras tres llamadas sin respuesta desde la CCU al llamante deciden marcharse del lugar. Ni el médico de la unidad SUAP-2 ni el CCU donde estaba el médico que había hablado con el paciente, apreciaron la existencia de peligro inminente para la integridad del paciente, por lo que no se procedió a llamar a los cuerpos y fuerzas de seguridad para entrar en el domicilio. (...)

La autopsia realizada estima la data de la muerte sobre las 15 horas del día 1.07.10. Como causa de la muerte, una "hemorragia cerebral subaracnoidea generalizada y hemorragia intraparenquimatosa que drena por la zona

parietal derecha a la superficie encefálica".

La hemorragia subaracnoidea (hsa) espontánea se define como la salida de sangre al espacio subaracnoidal, sin relación con trauma craneoencefálico. Cuando esta salida que se presenta en forma súbita supera los 100 ml., los mecanismos compensatorios de presión volumen no alcanzan a superar estos bruscos cambios de presión y es la razón por la cual la lesión que produce la hemorragia en el espacio subaracnoidal es habitualmente fatal. En este caso además de una hsa. masiva se produjo la hemorragia intraparenquimatosa, cuyo índice de mortalidad por sí sola es del 50%, por lo que podemos decir que la magnitud del accidente vascular lo hacía incompatible con la vida y aún con asistencia sanitaria no se habría impedido el resultado final.

CONCLUSIONES

1. *La llamada al 061 fue realizada por el propio paciente el día 01.07.10, indicando que se encontraba mal, sufría hipertensión, estaba mareado, le dolía la cabeza y además con sudor frío. Realizado un diagnóstico probable de crisis hipertensiva o de vértigos. Las crisis hipertensivas pueden ser una emergencia médica.*
2. *La activación de la unidad SUAP-2 se hizo en tiempo y forma, por el Centro Coordinador de Emergencias, con arreglo a protocolos de asistencia de emergencias sanitarias.*
3. *La llegada al lugar de la asistencia no puede concluirse que fuera en 30 minutos o menos.*
4. *La actuación del médico responsable de la asistencia fue de acuerdo a protocolos de Asistencia a Emergencias del 061 del Servicio Murciano de Salud, al no tener acceso a la vivienda, consultó con el CCU.*
5. *La decisión de abandonar el lugar de la demanda de asistencia fue tomada conjuntamente por el médico del SUAP y por el CCU donde estaba el médico que había hablado con el enfermo, no valorando que hubiera un peligro inminente para la vida del enfermo.*
6. *A posteriori sabemos que la magnitud del accidente vascular lo hacía incompatible con la vida y aún con asistencia sanitaria no se habría impedido el resultado final".*

UNDÉCIMO.- Mediante oficio de 22 de marzo de 2013 se acuerda un trámite de audiencia para los interesados, no habiendo comparecido ni presentado alegaciones.

DUODÉCIMO.- El 19 de diciembre de 2013 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación; en síntesis, y de acuerdo con el informe de la Inspección Médica, por no existir un anormal funcionamiento de los servicios públicos causante de los daños por los que se solicita indemnización.

DECIMOTERCERO.- En la fecha y por el órgano indicado en el encabezamiento del presente, se solicitó el preceptivo Dictamen de este Consejo Jurídico, acompañando el expediente y su extracto e índice reglamentarios.

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, en relación con el 142.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), y el 12 del RD 429/93, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de Responsabilidad Patrimonial de la Administraciones Públicas (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. La reclamante está legitimada para deducir una pretensión resarcitoria a título propio por los daños morales, sufridos en su persona, derivados del fallecimiento de su hermano, y que se basan en la relación afectiva que cabe deducir de dicha relación de parentesco. De hecho, la cantidad que reclama a título subsidiario, por aplicación del baremo utilizable en materia de accidentes de tráfico, así como el posterior recurso contencioso-administrativo interpuesto contra la desestimación presunta de su reclamación, revelan que la pretensión indemnizatoria se realiza en su propio y exclusivo nombre. Como hemos reiterado en anteriores Dictámenes, el carácter personalísimo de esta clase de daños morales impone la desestimación de la pretensión indemnizatoria formulada por la reclamante "*de iure hereditatis*" y en beneficio de la correspondiente comunidad hereditaria, lo que debe indicarse en la resolución final.

La Administración regional está legitimada pasivamente, por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse los daños al funcionamiento de los servicios públicos sanitarios de su competencia.

II. En cuanto a la temporaneidad de la acción, a ejercer en el plazo de un año previsto en el artículo 142.5 LPAC, no hay reparo que oponer, vistas las fechas de los hechos en cuestión y de la presentación de la reclamación.

III. 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.- Responsabilidad patrimonial administrativa en materia sanitaria. Consideraciones generales.

I. La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la configuración de la responsabilidad de la Administración que se desprende 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 (LGS).

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

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

- Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una adecuada relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.

- Que los daños no se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos.

- Ausencia de fuerza mayor.

- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

II. 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 médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado, sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los razonablemente posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación de éste ha de regirse por la denominada "*lex artis ad hoc*", o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes números 49/01 y 97/03, entre muchos otros, de este Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de un daño, sino que es preciso acudir al criterio de la "*lex artis ad hoc*" como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta en el caso de que se trate, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. La "*lex artis*", por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

Así, la STS, Sala 3^a, 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 STS, Sala 3^a, de 23 de marzo de 2011, expresa que "la actividad sanitaria no permite exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, ya que su función ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria, utilizando al efecto los medios y conocimientos que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir en todo caso la curación del paciente".

El mismo Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala 1^a, de 24 de mayo de 1999, entiende que "los criterios médicos a desarrollar se ceñirán a los que se estiman correctos para una actuación concreta, siempre en base a la libertad clínica y a la prudencia (...) y ello supone tomar en consideración el caso concreto en el que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla, así como las incidencias inseparables a una actuación profesional normal, teniendo en cuenta las especiales características del realizador del acto médico, de la profesión, de la complejidad del caso, de la trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos (estado e intervención del enfermo) o exógenos (incidencia de sus familiares o de la misma organización sanitaria), para calificar el acto como conforme o no a la técnica media normal requerida".

En este sentido, pues, debe concluirse en que sólo si se produce una infracción de la "*lex artis*" responde la Administración de los daños causados que puedan imputarse a dicha actuación infractora, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la praxis médica durante la intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que habría de declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte de un paciente, o la producción de lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica, cuando la correspondiente actuación sanitaria fue realizada conforme a la "*lex artis*"; responsabilidad que, por lo dicho, no puede admitirse en estos casos u otros análogos.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. 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-, 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 todo 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 facultativos 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 sanitarios y los daños por los que reclama indemnización. Inexistencia.

I. La reclamante imputa al funcionamiento del servicio sanitario regional de emergencias 061 ciertas deficiencias, que considera causantes del fallecimiento de su hermano, por cuyo hecho (por el daño moral derivado del mismo, se entiende) solicita indemnización. Previamente al análisis de tales alegadas deficiencias debe decirse que, de existir, éstas habrían producido, a lo sumo, una hipotética pérdida de oportunidad en la asistencia sanitaria a su familiar, en la medida en que tal asistencia hubiera podido contribuir a evitar dicho fallecimiento; pérdida de oportunidad cuya determinación y evaluación cifraría luego el daño eventualmente indemnizable económicamente.

A) En primer lugar, la reclamante alega que los servicios de emergencias (en concreto, la SUAP-2, Infante), llegaron al domicilio del solicitante del servicio (en la calle --, de Murcia) más de 30 minutos después de su llamada y, además, que sólo estuvieron en el lugar dos minutos. Se basa tal afirmación en el informe de 18 de agosto de 2010 del Director Médico de la Gerencia de Emergencias Sanitarias, solicitado por la interesada antes de presentar la reclamación. Dicho informe refleja que la llamada del solicitante del servicio se produjo a las 14:28 horas del 1 de julio de 2010 y que *"a las 15:01, el SUAP-2 da la llegada al domicilio e indica que están llamando y no contesta nadie. Desde el Centro Coordinador de Urgencias se realizan 3 llamadas al número móvil desde el que se hizo la primera llamada, no respondiendo nadie. A las 15:03 horas el SUAP-2 informa que la misión está lista y se marcha del lugar"*.

Dicho informe se basa en los datos reflejados informáticamente mediante el sistema COORDCOM, lo que implica dos circunstancias: a) que el informe no tuvo a la vista el parte de asistencia que elabora el SUAP cuando está en el lugar del aviso, en el que se consigna la hora de las 14:44; b) que del documento de registro informático de actuaciones obrante en el expediente (f. 169) se desprende que las horas que se reflejan en el sistema informático corresponden al momento en que el operador del sistema registra en el mismo la actuación interna de que se trate, pero no es necesariamente la hora de la efectiva realización de la actuación a que en cada caso se refiere.

Así, partiendo de que la llamada solicitando la asistencia se recibe en dicha Gerencia a las 14:28 horas, ha de considerarse que el SUAP-2 Infante llega al domicilio en cuestión al menos a las 14:44 horas y, como señala uno de sus integrantes, proceden a llamar repetidas veces al domicilio del solicitante del servicio, sin que les abran la puerta; tras ello, llaman al móvil del mismo, sin obtener respuesta; después, llaman al CCU y comunican las anteriores circunstancias; seguidamente, desde el CCU se realizan tres nuevas llamadas al citado teléfono, también sin respuesta, lo que se comunica al SUAP-2, tras lo cual abandona el lugar. Vista tal sucesión de hechos, no es lógico que todo ello sucediera en tan sólo dos minutos, de las 15:01 a las 15:03, como sin embargo alega la reclamante. En efecto, lo más verosímil es que el personal del SUAP-2 llegara al domicilio a las 14:44 horas aproximadamente, y que durante un tiempo prudencial estuviera llamando al timbre del domicilio del interesado, sin obtener respuesta, tras lo cual procedió a llamarlo por teléfono y, al no obtener tampoco respuesta, llamó al CCU sobre las 15 horas, tanto para comunicar su llegada al lugar como su imposibilidad de contactar con el interesado; por ello, el operador del sistema en dicho CCU registró informáticamente a las 15:01 que *"la unidad SUAP2 ha informado estado E"*, lo que, según el citado informe de 18 de agosto de 2010, significa que comunica que llegó al lugar de la asistencia (pero, se insiste, no significa que llegase necesariamente a tal concreta hora); también se advierte que, tras lo anterior, en el sistema se registran las tres llamadas que efectúa el CCU al móvil

del interesado, realizadas entre las 15:01 y las 15:03, tras lo cual el SUAP-2 abandona el lugar.

De todo lo anterior se extrae que no puede afirmarse que los servicios de emergencias tardaran 30 minutos en acudir al domicilio del solicitante del servicio (debe considerarse un tiempo de 15 minutos aproximadamente, desde las 14:28 a las 14:44 horas) ni que estuvieran sólo dos minutos en el lugar (de las 15:01 a las 15:03 horas, que es sólo el tiempo empleado por el CCU en realizar las llamadas al teléfono del interesado).

Sin perjuicio de lo anterior, debe decirse que el informe de la Inspección Médica señala que los síntomas comunicados por el interesado a la Gerencia de Emergencias no requerían una actuación de una rapidez excepcional (la hipertensión no se refleja en los registros de la llamada del interesado pero, incluso de ser tenida en cuenta como apunta algún informe, no resulta determinante, *"per se"*, para constituir una urgencia de carácter extremo o excepcional); lo anterior se confirma a la vista del protocolo PO-05, citado en los Antecedentes, pues la situación del interesado podría asimilarse a la recogida en el epígrafe A3.24.01 de dicho documento (*"Indisposición, mareos/vértigos"*), que se califica de *"urgencia demorable"*, sin que para estas situaciones se hayan establecido tiempos concretos máximos de asistencia.

B) Por otra parte, la reclamante achaca a los servicios de emergencias que abandonaran el lugar sin cerciorarse de que el interesado se encontraba fuera de peligro. El informe de la aseguradora del SMS señala que, tras haberse realizado los diversos intentos de contactar con el interesado, dichos servicios debieron solicitar con urgencia la presencia de quien pudiera abrir la correspondiente puerta, si bien añade que, en cualquier caso, ello hubiera sido irrelevante en orden a impedir el fallecimiento (*"el desenlace hubiera sido el mismo"*), pues se debió a una hemorragia cerebral masiva (subaracnoidea e intraparenquimatosa) que implica que *"la supervivencia en estos casos es nula"*. Por su parte, el informe de la Inspección Médica señala, por una parte, que, dados los síntomas comunicados por el paciente, fue correcta la apreciación de que no existía un peligro inminente para su integridad, lo que explica que no se llamara a los cuerpos y fuerzas de seguridad públicos para acceder a la vivienda del interesado; por otra parte, coincide con el anterior informe en que, en cualquier caso, la hemorragia cerebral sufrida implicaba que la asistencia sanitaria hubiera sido ineficaz para evitar el fallecimiento.

Sobre este extremo cabe decir que, incluso en el caso de que lo adecuado hubiera sido que los servicios sanitarios, después de los ya reseñados intentos de contactar con el interesado, recabaran la asistencia de las fuerzas de orden público para acceder a su vivienda, la sucesión de los hechos expuesta con anterioridad revela claramente que, aún en tal hipotético caso, no hubiera habido tiempo para asistir al interesado con alguna razonable posibilidad de salvar su vida. Ya se entienda, como hemos expuesto en los párrafos anteriores, que los servicios de emergencias llegaron al lugar sobre las 14:44 horas y que estuvieron un tiempo prudencial intentando contactar con el interesado para acceder a su vivienda, ya se entienda que llegaran sobre las 15 horas y se marchasen muy poco tiempo después, si la autopsia cifra la hora del fallecimiento sobre las 15 horas, no había tiempo material para que, tras los citados intentos de contactar con el interesado, si hubieren sido avisados en dicha hora los correspondientes cuerpos o fuerzas públicas habilitadas al efecto de forzar la entrada en domicilios por razones de emergencia (policía o bomberos), una unidad de esta clase llegara al domicilio a tiempo de que pudiera asistirse al interesado con alguna posibilidad razonable de éxito.

Como se expuso en la Consideración precedente, no debe olvidarse que el instituto de la responsabilidad patrimonial administrativa en materia sanitaria sólo se dirige a procurar indemnización por los daños que sean imputables al anormal funcionamiento de los servicios públicos, pero no cabe resarcimiento cuando el daño se hubiera producido incluso con el funcionamiento correcto del servicio. Ello, pues, al margen de la hipótesis planteada de que la actuación de los servicios sanitarios debiera haber incluido el mencionado aviso a la fuerza pública, pues ello, como se dice, no hubiera evitado la producción del daño por el que se solicita indemnización.

En consecuencia, no concurre una relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que se reclama indemnización, por lo que procede desestimar la reclamación objeto de Dictamen.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula las siguientes

CONCLUSIONES

PRIMERA.- No existe relación de causalidad jurídicamente adecuada, a los efectos de determinar la responsabilidad patrimonial de la Administración regional, entre el funcionamiento de sus servicios sanitarios y los daños por los que se reclama indemnización, por las razones expresadas en las Consideraciones Tercera y Cuarta del presente Dictamen.

SEGUNDA.- En consecuencia, la propuesta de resolución, en cuanto es desestimatoria de la reclamación, se dictamina favorablemente. No obstante, su fundamentación jurídica deberá ser completada, siquiera en síntesis, con lo expresado en la Consideración Segunda, I, y Cuarta del presente Dictamen.

No obstante, V.E. resolverá.