Consejo Jurídico
de la Región de Murcia

Dictamen nº **259/2022**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 25 de octubre de 2022, 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 del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 26 de mayo de 2022 (COMINTER 154023 2022 05 26-02 04) y CD recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 14 de junio de 2022, sobre responsabilidad patrimonial instada por D. X, en representación de D. Y y otra, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2022_182), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 2 de diciembre de 2020, un Letrado que actúa en nombre de D. Y y D.ª Z, presenta reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración regional por los daños que dicen haber sufrido como consecuencia de la defectuosa asistencia sanitaria prestada a su padre, D. P por parte del Servicio Murciano de Salud (SMS).

Relatan los reclamantes que el 21 de septiembre de 2020 su familiar falleció como consecuencia de la excesiva tardanza en prestarle la asistencia sanitaria urgente que demandaba desde su domicilio, que se demoró por espacio de cinco horas desde que se solicitó por primera vez, de modo que cuando finalmente fue trasladado al hospital sufrió una parada cardiorrespiratoria que no pudo superar.

La primera solicitud de asistencia sanitaria urgente en el domicilio del enfermo la realiza un hermano suyo a las 12:31 horas, por dificultad respiratoria en paciente encamado e hinchado con retención de líquidos.

A las 13:24 la central de emergencias contacta con el solicitante de asistencia para determinar si el enfermo podía estar afectado de COVID-19. Tras denunciar el hermano del enfermo la tardanza en la asistencia sanitaria se le indica que se debe a la imposibilidad de enviar la ambulancia de Mazarrón, por lo que se había asignado una de Cartagena.

A las 13:56 y ante el empeoramiento clínico del paciente, con aparición de bradicardia e insuficiencia respiratoria, se reclama con urgencia una ambulancia.

A las 14:01 se vuelve a llamar, ahora al Centro de Salud de Mazarrón, en solicitud de un médico o una ambulancia, pues el pulso y la respiración son muy débiles. Se les informa que no pueden acceder a su solicitud y que deben canalizarla a través del 112 pidiendo asistencia sanitaria telefónica. Tras llamar al 112 se indica la conveniencia de poner al paciente en decúbito lateral. Consultado el médico si podía ponérsele al paciente la mascarilla CPAP que usaba en su domicilio, se consideró que no sería perjudicial.

Ante la disminución de la temperatura corporal y cambios en la coloración de la piel se vuelve a llamar a las 14:07 al centro de salud, que informa que debe esperarse a la ambulancia.

A las 14:08 y dado que el paciente no reaccionaba, se llama al 112 que transfiere la llamada a un médico.

A las 14:14 se vuelve a llamar al centro de salud con el mismo resultado: debe esperarse a la ambulancia.

A las 14:20 llega la ambulancia.

Según los reclamantes, la secuencia de los hechos a partir de ese momento es la siguiente:

"*A su llegada, se constató que el paciente presentaba parada cardiaca, por lo que se inició maniobra de reanimación cardiopulmonar y administración de adrenalina iv. Tras estabilización e intubación del mismo, los técnicos de emergencias sanitarias procedieron a trasladar al Sr. P hasta la ambulancia; sin embargo, el traslado se frustró, y ello debido a que la camilla que portaban era más ancha que el marco de la puerta. Dada la dificultad -indebidamente no prevista-, se solicitó mediante llamada la colaboración de los servicios de bomberos. Es realmente sorprendente que a pesar de que en esta circunstancia de compromiso vital había presentes como poco tres adultos -hermano, sobrina e hija del finado- no se pasase el marco de la puerta entre todos, sino como se dice, que se perdiese aún más tiempo llamando a los bomberos.*

Trascurridos 15-20 min, se personaron los bomberos en el domicilio, que transportaron a P hasta la ambulancia. Previo al inicio del desplazamiento hacia el hospital, hubo que cambiar la ambulancia por avería, y pasados 20 min, a las 15:00 horas aprox., llegó la segunda ambulancia.

Tras preparación del paciente, a las 16:05 horas se procedió a trasladar a éste al hospital. Durante el desplazamiento se refirió que el Sr. P presentó ... pupilas midriáticas, arreactivas y mioclonías de predominio encefálico -véase apartado "enfermedad actual" del informe clínico de alta aportado como doc. 4-. A la llegada del paciente al Hospital General Universitario Santa Lucia de Cartagena, a las 17:34 horas, éste fue remitido a UCI donde presentó ... -coincidiendo con movilización del paciente- nueva parada cardiaca con resultado de exitus".

Consideran los reclamantes que la urgencia del caso era evidente, pues desde la primera llamada de solicitud de asistencia se pusieron de manifiesto síntomas de gravedad en un paciente crónico complejo, cuya historia clínica era accesible para la Gerencia del 061 y cuyos antecedentes (hipertensión arterial, EPOC grado III, síndrome hipoventilación por obesidad, SAOS severo con CPAP domiciliaria, ingreso previo en UCI sólo seis meses antes por insuficiencia respiratoria y sepsis respiratoria) sumados a los síntomas que se iban agravando conforme avanzaban las horas sin asistencia, debían haber movido a calificar el caso como prioritario, minimizando el tiempo de respuesta, de modo que la asistencia domiciliaria con un equipo medicalizado debía haberse prestado en un máximo de 15 minutos y no las cinco horas que transcurrieron entre la primera llamada y la llegada del paciente al hospital, tiempo durante el cual el estado clínico del enfermo empeoró hasta el extremo de s er imposible salvar su vida.

Solicitan los reclamantes una indemnización de 35.000 euros para D.ª Z (hija mayor de 30 años) y de 65.000 euros para D. Y (hijo menor de 30 años), en concepto de daño moral por el fallecimiento del padre, con su correspondiente actualización.

Proponen prueba documental, que acompañan al escrito de reclamación, y que se solicite y aporte al expediente la copia de la historia clínica del paciente, la transcripción y grabaciones de las llamadas efectuadas al 112, así como los protocolos de asistencia extrahospitalaria urgente y de emergencias del SMS.

Se adjunta, asimismo, a la reclamación copia de los siguientes documentos: escritura de poder para pleitos en favor del Letrado actuante, Libro de Familia, certificado expedido por el Subdirector General de Emergencias de la CARM sobre las llamadas efectuadas al 112, informe de alta por *exitus*, certificado de defunción y protocolos de asistencia extrahospitalaria urgente y emergente del Servicio Andaluz de Salud.

SEGUNDO.- Por resolución del Director Gerente del SMS, de 14 de diciembre de 2020, se admite a trámite la reclamación y se ordena la instrucción del procedimiento al Servicio Jurídico del indicado ente público sanitario, que procede a trasladar a los interesados la información prescrita por el artículo 21.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

Del mismo modo, comunica la presentación de la reclamación a la aseguradora del SMS y recaba del Centro de Coordinación de Emergencias 112 de la Región de Murcia las grabaciones y la transcripción de llamadas telefónicas en relación con este asunto. Repite dicha solicitud a la Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061, a la que solicita también que se una al expediente el protocolo de asistencia extrahospitalaria de urgencias.

Solicita, asimismo, a la Gerencia del Área de Salud II, copia de la historia clínica del paciente, correspondiente tanto a la asistencia hospitalaria como a Atención Primaria, e informe de los profesionales que prestaron dicha asistencia.

TERCERO.- Remitida la documentación solicitada se incorpora al expediente. Inicialmente, no constan los informes de los facultativos que prestaron la asistencia, a pesar de la reiteración de la solicitud efectuada por el instructor sobre dicho extremo el 26 de abril de 2021.

Meses más tarde se incorporará al expediente el informe de una facultativa del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital “Santa Lucía” de Cartagena y el de la Subdirectora Médico de Continuidad Asistencial, sobre la asistencia dispensada por el Centro de Salud.

Este último informe se expresa en los siguientes términos:

“…*El día 21 de septiembre de 2020, no consta en la historia clínica del paciente ninguna reseña por parte de la doctora ni ninguna cita en la agenda del médico. Cuando se recibe una llamada que requiere aviso a domicilio, habitualmente desde administración se contacta con el médico para valorar la necesidad de programar una visita a domicilio al que los profesionales deben acudir en su propio vehículo ya que no disponen de ambulancia. En caso de una urgencia vital, se requiere acudir al domicilio con una Ambulancia de Soporte Vital Avanzado para poder dar la atención adecuada al paciente.*

Es el Centro de Coordinación de Urgencias (112) quien moviliza a los profesionales en función de la disponibilidad de recursos en un determinado momento.

La Dra. Q nos ha comunicado que no recibió ninguna notificación de aviso a domicilio el 21 de Septiembre de 2020.

En cuanto al personal de administración, no podemos saber quién recogió la llamada pero entendemos y así nos lo comunican que puesto que el centro no es un servicio de urgencias y no dispone de ambulancia con el soporte adecuado dieron por supuesto que el Centro de Coordinación de Urgencias movilizaría al personal en caso de ser necesario”.

CUARTO.- Por Decreto de 24 de junio de 2021, la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de la Región de Murcia admite a trámite el recurso contencioso-administrativo presentado por los interesados frente a la desestimación presunta de su reclamación, que se sustancia por los trámites del procedimiento ordinario, con número PO 347/2021.

QUINTO.- El 25 de agosto de 2021 se solicita a la Subdirección General de Atención al Ciudadano e Inspección Sanitaria el preceptivo informe de la Inspección Médica.

SEXTO.- El 18 de octubre de 2021 la aseguradora del SMS aporta informe pericial que alcanza las siguientes

conclusiones:

"*1. Nos encontramos con un paciente con un estado basal bastante deteriorado, dependiente para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (DABVD), con múltiples factores de riesgo cardiovascular y respiratorios crónicos, cuya "normalidad" podría desequilibrarse por cualquier motivo ocasionando un desenlace fatal, pero cuya llamada del alertante (el hermano), no traduce ninguna urgencia en ese momento.*

2. Desde el primer momento y en base a la información aportada en la llamada (parca y escueta), así como a la carencia de signos de alarma acompañantes (llanto, angustia, solicitud de inmediatez, etc.), es gestionada como un aviso urgente de un paciente crónico, dependiente y que, por lo tanto, precisa ser valorado en el hospital. Por este motivo, no se le pone un médico a domicilio, sino una ambulancia para que fuese trasladado y valorado con pruebas complementarias.

3. Cuando la ambulancia llega en el tiempo estipulado para este tipo de avisos según los procedimientos de priorización de urgencias y emergencias, el técnico lo valora y activa un recurso avanzado con médico, debido a que se da cuenta de que P no reacciona.

4. A partir de ese momento, la priorización del aviso cambia, igual que cambia el recurso asignado y el tiempo de respuesta.

5. Cuando llega la SVA (UVI móvil), P entra en Parada Cardiorrespiratoria y es intubado. Una vez estabilizado y preparado para ser trasladado al hospital, ocurre que la UVI móvil pincha una rueda.

6. Este retraso, como podemos comprobar más adelante, no afecta para nada en el traslado ni en la situación del paciente, ya que está siendo asistido por un equipo especializado en cuidados críticos.

7. El tiempo de demora en poner otra ambulancia (SUAP), podría ser equiparable a haberlo trasladado desde una distancia más lejana, como suele ocurrir en los avisos de localizaciones remotas. Además, debido a que fue un evento fortuito e imprevisible, no debemos darle más importancia de la que tiene.

8. Por lo tanto, una vez analizada la documental y en base a la sucesión de los hechos, esta perito informa de la manera más objetiva, que no sólo se gestionó acorde a los protocolos del Servicio Murciano de Salud este aviso, sino que se siguió en todo momento la lex artis ad hoc, no existiendo ningún indicio de negligencia, ni mala praxis ni omisión de socorro, sino todo lo contrario, priorizando acorde a las circunstancias la gestión de los recursos materiales y humanos y que, el hecho de que P falleciera, y sin conocer el motivo del óbito, era un hecho en tanto esperable, en un paciente encamado y con tantas patologías, por su vulnerabilidad y su falta de salud, por lo que se le consideraría en cualquier caso, un fallecimiento por causa natural".

SÉPTIMO.- El 4 de noviembre de 2021 se evacua el informe de la Inspección Médica, que concluye como sigue:

"*1. El paciente Don P* (sic) *padecía de hipertensión arterial, retinopatía hipertensiva grado 1-2, EPOC Gold III, hepatopatía crónica, diabetes mellitus tipo II, esteatosis hepática moderada, Síndrome de Apnea-Hipo apnea durante el Sueño, y obesidad entre otras patologías. Esta situación de cronicidad y pluripatología agravada en los últimos meses determinaba características de paciente complejo y de elevada morbilidad con un régimen de vida*

diario definido en informes clínicos de forma gráfica como cama-sillón-cama y por tanto con importante deterioro de su calidad de vida y capacidad para las actividades diarias.

2. El día 21-09-20, en las primeras horas de la mañana (09 horas) el entorno familiar aprecia ausencia de respuesta a las órdenes e interacciones con el paciente y ausencia de habla en el mismo. A las 12:31 horas de dicho día los familiares contactan con el 112 número de teléfono del Centro Coordinador de Emergencias de la Región de Murcia CCE-RM solicitando asistencia sanitaria. Dicha demanda con tipificación A2 o Urgencia Demorable y motivo "indisposición" se traslada de forma inmediata como es lo establecido en protocolo, al Centro Coordinador de Urgencias del 061-RM CCU061 RM que asigna recurso en forma de vehículo ANA (Ambulancia No Asistencial). No consta de forma fehaciente que dicho vehículo llegase al domicilio del paciente con independencia de la iDeidad o no de su empleo en este caso.

3. La tipificación A2, aunque ajustada a una interpretación de literalidad del protocolo vigente no tuvo en cuenta en un inicio, el modulador de "dificultad respiratoria" y la situación de cronicidad y pluripatología con posibilidad de agravamiento. La asignación final del recurso UME-9 (Unidad Móvil de Emergencias 9) lleva implícita, aunque no está recogida como tal de forma documentada, la consideración de un tipo A 1 o Emergencia Sanitaria.

4. Entre las 12:31 horas y las 14:20 horas (momento de actuación inicial en domicilio de los sanitarios de la UME 9), transcurren 1 hora y 50 minutos tras la primera llamada recabando o manifestando la situación del enfermo en su domicilio durante los cuales se realizan por parte de los familiares cinco llamadas en demanda de asistencia sanitaria. Una de estas llamadas es al Centro de Salud de Mazarrón sin que conste actuación sanitaria de este centro salvo la recomendación hacia los familiares del paciente de llamar al CCE-RM.

5. El tiempo transcurrido entre la llamada inicial y el inicio de la asistencia en domicilio (110 minutos) supera en demasía los estándares de calidad (no existen compromisos de tiempos máximos con otro enfoque distinto del criterio de calidad) de intervalos de tiempo considerados pertinentes y óptimos (+/- 40/15 minutos) entre demanda asistencial y ejecución de la misma , tanto considerando una tipificación de casuística A2 como de A1.

6. La Unidad Móvil de Emergencias UME-9 está en domicilio y actuando sanitariamente a las 14.20 horas, 5 minutos después de ser activada, haciendo frente a un estatus de parada cardiorrespiratoria en el paciente que logran revertir a ritmo sinusal de 70 latidos por minuto. La actuación de UME-9 es acorde con los protocolos y procedimientos del buen hacer y la Lex Artis ante estas situaciones.

7. Los incidentes ulteriores - puerta de dimensiones insuficientes para el paso de la camilla, activación del recurso bomberos, pinchazo rueda de la Unidad Móvil de Emergencias que impidió la movilización de esta, sustitución y adecuación por un recurso SUAP (SUAP-26) sin duda prolongaron el tiempo de llegada al hospital y el posterior ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) pero no son achacables a un mal funcionamiento del sistema de atención de urgencias sino a otro tipo de inusuales y concatenadas circunstancias durante las cuales sí se mantuvo atención sanitaria en domicilio y vehículos.

8. El paciente tras ser trasladado, por el recurso SUAP-26, tras la avería por pinchazo de rueda del vehículo UME-9 al Hospital General Universitario Santa Lucia, A las 17:34 horas del día 21-09-20 (4 horas y diez minutos tras la primera llamada) el paciente es ingresado en el Hospital General Universitario Santa Lucia y es asistido en la Unidad de Cuidados Intensivos de dicho centro por Insuficiencia cardíaca/shock cardiogénico. A su llegada a la

UCI, el paciente presenta de nuevo, coincidiendo con movilización del paciente, nueva parada cardíaca con resultado de exitus a los pocos minutos de estancia en la Unidad".

OCTAVO.- La correduría de seguros aporta al expediente un informe de valoración del daño que contiene las siguientes consideraciones:

"*Se trata de un varón de 53 años que padecía de hipertensión arterial, retinopatía hipertensiva grado 1- 2, EPOC Gold III, hepatopatía crónica, diabetes mellitus tipo II, esteatosis hepática moderada, Síndrome de Apnea-Hipoapnea durante el Sueño, y obesidad entre otras patologías. Esta situación de cronicidad y pluripatología agravada en los últimos meses determinaba características de paciente complejo y de elevada morbilidad con un régimen de vida diario definido en informes clínicos de forma gráfica como cama-sillón-cama y por tanto con importante deterioro de su calidad de vida y capacidad para las actividades diarias. El día 21-09-20, en las primeras horas de la mañana (09 horas) el entorno familiar aprecia ausencia de respuesta a las órdenes e interacciones con el paciente y ausencia de habla en el mismo. A las 12:31 horas de dicho día los familiares contactan con el 112 número de teléfono del Centro Coordinador de Emergencias de la Región de M urcia CCE-RM solicitando asistencia sanitaria. Desde que se realiza la llamada hasta que el paciente recibe una primera atención, transcurren aproximadamente 2 horas, sin duda un tiempo demasiado prolongado para la patología y comorbilidad que sufría el paciente. Cuando el SUAP lo atiende, el paciente entra en PCR que es revertida, pero a su llegada al hospital, 4 horas después de la primera llamada, sufre una nueva PCR en la UCI que no responde a las maniobras de resucitación, falleciendo el paciente con el diagnóstico de shock cardiogénico.*

- El tiempo transcurrido entre la llamada inicial y el inicio de la asistencia en domicilio (110 minutos) supera en demasía los estándares de calidad (no existen compromisos de tiempos máximos con otro enfoque distinto del criterio de calidad) de intervalos de tiempo considerados pertinentes y óptimos (+/-40/15 minutos) entre demanda asistencial y ejecución de la misma , tanto considerando una tipificación de casuística A2 como de A1".

En atención a dichas consideraciones y tomando como referencia el Baremo anexo a la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, valora el daño padecido por cada uno de los dos hijos del paciente en 21.300,66 euros, para una indemnización total de 42.601,32 euros.

NOVENO.- Conferido el preceptivo trámite de audiencia a los interesados, presentan alegaciones los actores para insistir en que la propia Inspección Médica califica como inadmisible la excesiva demora (110 minutos) en prestar una primera asistencia sanitaria. Aportan, además, un informe pericial de parte que alcanza la siguiente conclusión final:

"*Una actuación diligente del CCUE con la activación de un recurso para una asistencia sanitaria en los tiempos máximos considerados razonables hubiera permitido tratar la IRA (insuficiencia respiratoria aguda) con oxigenoterapia y, en caso de máxima gravedad, ventilación mecánica asistida. De esta forma se hubiera evitado la PCR (parada cardiorrespiratoria), la encefalopatía isquémico/hipóxica y, finalmente, su defunción.*

Según lo anteriormente expuesto, podemos concluir que la atención socio-sanitaria recibida por el Informado sí vulnera la práctica clínica habitual y los protocolos sociosanitarios de actuación conforme a los criterios de la "lex artis ad hoc".

Se ratifica en su pretensión indemnizatoria de 35.000 euros para la hija mayor de 30 años y de 65.000 euros para el hijo menor de esa edad, sin justificar dicha valoración mediante su referencia a baremo o criterio objetivo alguno.

DÉCIMO.- La aseguradora del SMS remite nuevo informe pericial que se reafirma en las conclusiones del primero que aportó al procedimiento, que amplía y justifica de forma adicional. Concluye este nuevo informe que:

"*1. Nos encontramos con un paciente con un estado basal bastante deteriorado, dependiente para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (DABVD), con múltiples factores de riesgo cardiovascular y respiratorios crónicos, cuya*

“normalidad” podría desequilibrarse por cualquier motivo ocasionando un desenlace fatal, pero cuya llamada del alertante (el hermano), no traduce ninguna urgencia en ese momento.

2. En la primera llamada y siguiendo el algoritmo de llamadas del 112 de Murcia, el aviso fue tipificado como una Urgencia demorable tipo A2, debido a la información aportada por el alertante. Esta tipificación se ajusta a la prioridad que se lleva a cabo en los Hospitales donde aplica el sistema de clasificación Manchester, donde le correspondería una prioridad verde. Del mismo modo observamos que el tiempo de respuesta depende del Centro que lo gestiona ya que, por ejemplo, en Andalucía, a la prioridad se le otorga un tiempo máximo de 40 minutos (en un 70% de los casos). Esto no significa como suele ocurrir que, a medida que se vaya aportando más información o cambie la situación del paciente, se cambie la priorización, asignándosele otro recurso más avanzado. Como ocurrió cuando la SVB alertó del estado del paciente y se activó el SUAP.

3. Del mismo modo y siguiendo las directrices del CCU del SMS, observamos que los recursos SUAP, atienden prioridades que van desde la A2 hasta la A4 y que una vez asignados los recursos, las ANA (Ambulancias no asistenciales) son las que trasladan a los pacientes que no requieren de una asistencia médica durante el traslado, a un centro sanitario como puede ser un Hospital o un SUAP. En el caso que nos ocupa, para atender a don P fue activado a medida que se necesitaba, primero una ANA (SVB) y después un SUAP (que se pasó a UME).

4. Desde el primer momento y en base a la información aportada en la llamada (parca y escueta), así como a la carencia de signos de alarma acompañantes (llanto, angustia, solicitud de inmediatez, etc.), es gestionada como un aviso urgente de un paciente crónico, dependiente y que, por lo tanto, precisa ser valorado en el hospital. Por este motivo, no se le pone un médico a domicilio, sino una ambulancia para que fuese trasladado y valorado con pruebas complementarias.

5. Cuando la ambulancia llega en el tiempo estipulado para este tipo de avisos según los procedimientos de priorización de urgencias y emergencias, el técnico lo valora y activa un recurso avanzado con médico, debido a que se da cuenta de que P no reacciona.

6. A partir de ese momento, la priorización del aviso cambia, igual que cambia el recurso asignado y el tiempo de respuesta.

7. Cuando llega la SVA (UME móvil), P entra en Parada Cardiorrespiratoria y es intubado. Una vez estabilizado y preparado para ser trasladado al hospital y, parece ser que debido a que no se le podía sacar de la habitación por las características de una puerta, es solicitada la ayuda de Bomberos, que acuden inmediatamente para poder proceder a su extracción de la casa. Este hecho fortuito, son inevitables, aunque hubiese sido desde el minuto uno. Las barreras arquitectónicas, no sólo son barreras para la vida diaria, sino también para situaciones excepcionales como esta.

8. De nuevo, y aunque la UME móvil, ya está con el paciente a bordo y preparado para salir, ocurre la fatalidad de que pincha una rueda. De nuevo, otro hecho fortuito y por lo tanto imprevisible e inevitable, que participa en la demora de su traslado. No obstante, tampoco es trascendental, ya que el paciente se encontraba en este momento intubado y estabilizado por un equipo médico a la espera de que llegara la otra ambulancia SUAP, para su rescate.

9. De hecho, este tiempo de demora en poner otra ambulancia (SUAP), podría ser equiparable a haberlo trasladado desde una distancia más lejana, como suele ocurrir en los avisos de localizaciones remotas. Además, debido a que fue un evento fortuito e imprevisible, no debemos darle más importancia de la que tiene.

10. El paciente Don P era un paciente con una vida basal dependiente, en parte a la pluripatología de enfermedades crónicas severas como hipertensión arterial, EPOC Gold III, hepatopatía crónica, diabetes mellitus tipo II, obesidad y sobre todo Síndrome de Apnea-Hipoapnea durante el Sueño y cuya reagudización de alguna de ellas puede conllevar a su inestabilidad hemodinámica y posterior fallecimiento. Aunque no sabemos la causa del óbito, podemos presumir que fue el conjunto de todas ellas, la que le abocaron en una PCR irreversible. No es menos importante reseñar que aquel día se cebó la mala suerte con don P, teniendo dos hechos fortuitos que retrasaron su traslado al hospital (tener que sacarlo con ayuda de bomberos+ que la UME pinchara una rueda). Aun así, no debemos olvidar que no sabemos cuál fue realmente la causa de su óbito y, por lo tanto, no podemos asegurar que, de haberlo trasladado antes, se hubiera salvado. Por lo tanto y una vez revisada la docum ental, esta perito informa de que no ve en ningún caso una mala gestión de los recursos ni mala praxis, sino todo lo contrario, una suma de acontecimientos fortuitos y de patología basal crónica que, pese a cambiar la prioridad en todo momento y a aumentar el nivel avanzado de los recursos atendiendo siempre a la lex artis ad hoc, no pudo llegar con vida al Hospital, falleciendo en el mismo".

UNDÉCIMO.- Recabado nuevo informe complementario a la Inspección Médica, se ratifica en las conclusiones del evacuado antes y ya obrante en el procedimiento.

DUODÉCIMO.- Conferido nuevo trámite de audiencia a los interesados, el 27 de abril de 2022 presentan escrito de alegaciones para reiterarse en las formuladas con anterioridad.

DECIMOTERCERO.- Con fecha 18 de mayo de 2022 la unidad instructora formula propuesta de resolución parcialmente estimatoria de la reclamación, al considerar que la atención sanitaria dispensada al paciente si bien no fue contraria a la *lex artis*, sí que le supuso una pérdida de oportunidades de curación cuando inicialmente se activó un recurso inidóneo para la situación clínica que presentaba.

Propone una indemnización coincidente con la valoración económica del daño efectuada por la correduría de seguros, es decir, 42.601,32 euros con su pertinente actualización.

En tal estado de tramitación y una vez incorporados los preceptivos extracto de secretaría e índice de documentos, se remitió el expediente al Consejo Jurídico en solicitud de dictamen mediante comunicación interior del pasado 26 de mayo de 2022, complementada con nueva documentación en formato CD recibida en el Consejo Jurídico el 14 de junio siguiente.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El Consejo Jurídico ha de ser consultado preceptivamente en las reclamaciones que, en concepto de responsabilidad patrimonial, se formulen ante la Administración regional, de acuerdo con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico, y 81.2 LPACAP, y con dicho carácter preceptivo se ha recabado y se emite este Dictamen.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. Los reclamantes son hijos del fallecido. El dolor que la muerte de D. P pudo provocar en ellos no es cuestionable, viniendo legitimados para reclamar una indemnización por el daño moral asociado a la pérdida de un familiar tan cercano, daño que, además, no precisa de una acreditación específica toda vez que se presume sin dificultad la intensidad y efectividad del dolor causado por el quebranto afectivo.

II. La reclamación se ha presentado dentro del plazo anual que para la prescripción del derecho a reclamar establece el artículo 67.1 LPACAP, toda vez que el óbito del paciente se produce el 21 de septiembre de 2020 y la acción se ejercita el 2 de diciembre de ese mismo año.

La legitimación pasiva corresponde a la Administración regional, en su condición de titular del servicio público de asistencia sanitaria a la población con ocasión de cuya prestación se produjo el daño reclamado.

III. Se ha seguido el procedimiento previsto en la LPACAP para la tramitación de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, sin que se observen carencias esenciales, obrando en el expediente la solicitud del informe del Servicio a cuyo funcionamiento se imputa el daño -lo que sólo parcialmente puede considerarse cumplimentado pues no se ha evacuado informe por el personal sanitario que atendió al paciente en el domicilio- y el trámite de audiencia a los interesados, que junto con la solicitud de este Dictamen constituyen los trámites preceptivos de este tipo de procedimientos.

Por otra parte, la circunstancia de que se haya interpuesto por los reclamantes el correspondiente recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta de su reclamación no excluye la obligación de resolver expresamente el presente procedimiento (artículo 21.1 LPACAP) y tampoco es óbice para que la Administración regional lo resuelva durante su sustanciación, a tenor de lo dispuesto en el artículo 36.4 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, Reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, pues el interesado podría desistir o solicitar la ampliación del recurso a la resolución expresa. En todo caso, antes de adoptar la resolución que ponga fin al procedimiento habrá de comprobarse si ha recaído sentencia para abstenerse, en caso afirmativo, de dictar aquélla.

TERCERA.- Elementos de la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario.

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 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP) 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 de 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.

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 los 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.

De ahí que, como recuerda el Consejo de Estado en Dictamen 52/2020, sea doctrina jurisprudencial reiterada (por todas, Sentencia de la Sección Quinta de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, de 15 de marzo de 2018, rec. n.º 1016/2016) que, "*frente al principio de responsabilidad objetiva interpretado radicalmente y que convertiría a la Administración sanitaria en aseguradora del resultado positivo y, en definitiva, obligada a curar todas las dolencias, la responsabilidad de la Administración sanitaria constituya la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, pero, en ningún caso, garantizador de resultados, en el sentido de que es exigible a la Administración sanitaria la aportación de todos los medios que la ciencia en el momento actual pone razonablemente a disposición de la medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales; conforme con este entendimiento de l régimen legal de la responsabilidad patrimonial, en modo alguno puede deducirse la existencia de responsabilidad por toda actuación médica que tenga relación causal con una lesión y no concurra ningún supuesto de fuerza mayor, sino que ésta deriva de la, en su caso, inadecuada prestación de los medios razonablemente exigibles*".

La actuación del médico 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, actú a como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

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-Adm inistrativo de 1 de marzo de 1999).

Para la Administración, además de los informes de los facultativos intervinientes, de preceptiva incorporación al procedimiento ex artículo 81.1 LPACAP (10.1 RRP), su principal apoyo probatorio habrá de ser el informe de la Inspección Médica, dadas las peculiares características que reúne y que pone de manifiesto la STSJ Madrid, Sala de lo Contencioso-Administrativo, núm. 430/2014, de 9 de junio, al señalar en relación con el indicado informe que "*en la valoración conjunta de la prueba se han de ponderar sus consideraciones médicas y sus conclusiones como elementos de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para la decisión de la litis, considerando que su fuerza de convicción reside, además de en su motivación y coherencia, en la circunstancia de que la Inspección Sanitaria informa con criterios de profesionalidad, objetividad e imparcialidad respecto del caso y de las partes*".

CUARTA.- Actuaciones anómalas que se imputan al servicio sanitario.

I. La imputación de mala praxis formulada por los reclamantes se centra en la deficiente, por tardía, asistencia

sanitaria urgente prestada el mismo día del fallecimiento. Es decir, la acción de responsabilidad efectúa una imputación por omisión de medios, por demorar la asistencia urgente que precisaba la grave situación del paciente, ya fuera por no advertir la gravedad del cuadro relatado en las llamadas efectuadas al teléfono de emergencias, ya por no asignar a dicha emergencia los recursos asistenciales necesarios en el tiempo que precisaba la deteriorada situación clínica del enfermo.

Y es que, para los reclamantes, dicha asistencia sanitaria se demoró en exceso a pesar del deterioro del paciente y la grave situación clínica que se describía en las llamadas al teléfono de emergencias.

II. De conformidad con la documentación obrante en el expediente (carta de llamadas al 112 y grabaciones de las conversaciones telefónicas mantenidas), los hechos principales en los que se basa la reclamación son los siguientes, todos acaecidos el mismo día, el 21 de septiembre de 2020:

- 12:31 horas. Primera llamada al 112, atendida por el Centro de Coordinación de Emergencias de la Región de Murcia (CCE). El llamante solicita atención sanitaria para el paciente en su domicilio de Mazarrón. Se informa por el llamante que el paciente está encamado, hinchado y retiene líquidos. No sabe si tiene fiebre.

De esta llamada se da traslado al Centro Coordinador de Urgencias (CCU) del 061.

En la tipificación de la llamada se recoge "*indisposición (A2)*" y "*hermano encamado, está hinchado y retiene líquidos*".

- 12:27 horas. Se asigna recurso ANA (ambulancia de transporte no asistencial), que luego será reasignado a las 13:16 horas (ANA A2101).

- 12:36 horas. Llamada del CCU al solicitante de asistencia sanitaria. Se informa por el familiar que el enfermo presenta “*dificultad respiratoria*”.

- 13:24 horas. Segunda llamada del solicitante de asistencia sanitaria. Informa que el paciente no tiene fiebre. Se da traslado al CCU del 061.

- 13:56 horas. Tercera llamada. Se informa al llamante que la ambulancia está en camino.

- 14:02 horas. Cuarta llamada. El llamante indica que, tras hablar con el Centro de Salud de Mazarrón, les remiten al CCE. Sobre el estado del paciente señalan que apenas respira y solicitan hablar con un médico, remitiéndose la llamada a médico directivo del CCU-061.

- 14:06 horas. Se asigna el recurso SUAP-26.

- 14:08 horas. Quinta llamada. Se reclama la ambulancia y se indica que el paciente no reacciona. Se transfiere llamada al CCU-061 canalizada a médico directivo.

- 14:16 horas. Se activa recurso UME-9 de Mazarrón.

- 14:20 horas. Llega ambulancia a domicilio. El paciente presenta situación de apnea, asistolia, ausencia de pulsos radial, femoral y carotideo, pupilas no reactivas y en el aspecto neurológico, se halla en situación de coma/inconsciencia. El paciente se encuentra en su habitación en posición decúbito supino en su cama. La familia refiere que desde las 9 horas el paciente no responde adecuadamente a las órdenes y no habla. El juicio clínico es "PCR" -parada cardiorrespiratoria-. Tras reanimación recupera ritmo cardíaco y se procede a ventilación mecánica.

- 14:47 horas. Se solicita activación del recurso bomberos para la movilización del paciente de la habitación al vehículo UME-9 por no ser posible realizarla mediante la camilla estándar por el desajuste con las dimensiones de la puerta.

- 15:23 horas. Tras comprobar la existencia de un pinchazo en la rueda del vehículo de la UME-9 se solicita y activa recurso vehículo SUAP-26 de Mazarrón.

- 15:32 horas. Se confirma la movilización del recurso SUAP-26.

- 16:25 horas. El recurso SUAP-26 traslada al paciente al Hospital General Universitario “Santa Lucía” de Cartagena. Durante el traslado, sin sedar, el paciente no presenta respuesta a estímulos, con pupilas midriáticas y arreactivas y mioclonías de predominio cefálico.

- 17:34 horas. El paciente es ingresado en la UCI del Hospital “Santa Lucía”, donde es asistido por insuficiencia cardíaca/shock cardiogénico.

A su llegada a la UCI, coincidiendo con movilización, el paciente presenta nueva parada cardíaca con resultado de *exitus* a los pocos minutos de estancia en la Unidad.

Debe señalarse que, en el sistema de gestión de urgencias y emergencias sanitarias de la Región de Murcia, la tipificación de una demanda sanitaria recibida en el 112 se basa en 5 tipos, a saber:

A1 “emergencia sanitaria”; A2 “urgencia demorable”; A3 “urgencia no crítica”; A4 “no urgente” (programados, avisos domiciliarios, altas centros sanitarios); y M2 “consultas médicas”.

En el supuesto sometido a consulta la demanda sanitaria fue calificada o tipificada como A2 “urgencia demorable”.

Para establecer si esta inicial clasificación del paciente fue correcta y ajustada a la *lex artis*, ha de partirse de la situación que presentaba el enfermo. Entre los antecedentes aparecen múltiples patologías crónicas que se agravaron tras una estancia previa en UCI -en marzo de 2020- ocasionada por una exacerbación de su enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) con insuficiencia respiratoria aguda, al término de la cual el paciente tuvo una importante limitación de sus condiciones habituales de vida, recogiéndose una dinámica diaria de cama-sillón-cama.

El 21 de septiembre de 2020 los familiares detectan a primera hora (sobre las 9) que el paciente no responde adecuadamente a las órdenes y no habla. Ante el mantenimiento de la situación y apreciación de la familia de un agravamiento descrito como tal por su entorno como persona encamada, hinchada que retiene líquidos y que presenta dificultad respiratoria, tiene lugar la primera llamada a las 12:31 horas al teléfono 112 en demanda de asistencia sanitaria, siendo tipificada como A2 o “Urgencia demorable-Indisposición” y se asignó como recurso sanitario una ambulancia de transporte no asistencial (ANA). La primera asistencia sanitaria que se dispensa al enfermo en su domicilio es a las 14:20 horas.

En atención a los hechos descritos, que coinciden en lo esencial con lo relatado por los reclamantes, éstos consideran que desde la primera llamada la asistencia requerida debió calificarse como prioritaria, minimizando el tiempo de respuesta, y ello porque se trataba de un paciente crónico pluripatológico complejo, que había precisado de ingreso hospitalario en UCI unos meses antes por insuficiencia respiratoria grave, y que presentaba ahora de nuevo dificultad para respirar y signos de alarma (inmovilización y edema), a los que se iban sumando otros nuevos conforme avanzaba el tiempo sin recibir asistencia sanitaria (bradicardia, disminución de temperatura y cambios en coloración corporal, inconsciencia y parada cardiorrespiratoria) y de los que se iba informando en las sucesivas llamadas que se hicieron.

De haberse clasificado la asistencia sanitaria como prioritaria, el tiempo de respuesta habría sido muy inferior a las cinco horas que tardó el paciente en llegar al Hospital evitando que la situación clínica del paciente se deteriorara hasta el punto de resultar irreversible.

Frente a esta imputación de indebida asistencia médica por exceder el tiempo de respuesta de lo que se considera como razonable en los protocolos de atención a la urgencia y emergencia sanitarias, se alza la perito de la aseguradora del SMS, según la cual la respuesta sanitaria fue acorde a protocolos. Considera la perito que en la primera llamada “*se constata la ausencia de cualquier signo de gravedad que hiciese pensar que se tratase de una emergencia por lo que, la gestión del recurso de ambulancia SVB fue la adecuada y el tiempo de demora (cerca de 2 horas, hasta las 14:17 que se presentó en el domicilio, entra dentro del tiempo estipulado). Fue a raíz, de la segunda llamada a las 14:17, cuando el propio TES (técnico en emergencias), activa la UVI MÓVIL, ya que el paciente sí mostraba signos de gravedad al no reaccionar, por lo que se cambió rápidamente de prioridad, activando la UVI MÓVIL de Mazarrón*”. Respecto de lo sucedido con posterioridad, señala que “*Los sucesos que vienen a continuación, continuación, como que la rueda pinche, son absolutamente fortuitos e inevitables, que entran dentro de lo que se considera "mala suerte". No obstante, se activó inmediatamente otro tipo de recurso, (el*

SUAP), dotada de ambulancia medicalizada y apta al 100% para el traslado de un paciente crítico, como si fuese la misma UVI móvil".

Entiende la perito que "*En el caso que nos encontramos, la priorización del recurso, debido a la información aportada por el alertante (hinchado, desde hace tiempo, no se cuida), es lo que hizo que se le considerase una urgencia* [y no una emergencia] *y se le asignó una ambulancia convencional urgente para ser valorado en el hospital*". Ante esta situación no era exigible una atención sanitaria inmediata, pudiendo demorarse ésta durante horas.

Para la Inspección Médica, sin embargo, "*la tipificación de la urgencia sanitaria como A2 no fue plenamente ajustada, aunque el protocolo de tipificación vigente sí pudo formalmente cumplirse, la consideración de la sintomatología de dificultad respiratoria pudo ser más explorada, así como la pluricronicidad del paciente y las sucesivas llamadas de su entorno. Otros protocolos de atención urgente de otros centros y autonomías vienen a señalar que debe priorizarse la atención a las personas mayores con patología crónica asociada, a las que estén solas en su domicilio y a las que realicen una rellamada en la que se detecte un empeoramiento sustancial del motivo de consulta inicial aplicará el procedimiento de seguimiento de demandas de urgencias no demorables en estos casos, y mantendrá informado al dispositivo asistencial correspondiente de su situación*".

Ha de advertirse ahora que de conformidad con la carta de llamadas obrante en el expediente y tras escuchar las grabaciones de las conversaciones telefónicas habidas entre los servicios públicos y los llamantes, si bien en la primera llamada (12:31 horas) no se informa por el solicitante de asistencia sanitaria que el enfermo presenta dificultad respiratoria ni muestra el llamante, como bien señala la perito de la aseguradora, una especial ansiedad o intranquilidad, lo cierto es que pocos minutos después (a las 12:36 horas) en la llamada que se realiza desde el CCU al domicilio del interesado ya sí se informa de la existencia de dificultad respiratoria. Ello no movió en ese momento a variar la tipificación de la urgencia de A2 a A1, como tampoco las sucesivas llamadas del entorno familiar, cuyas grabaciones muestran una angustia creciente ante la tórpida evolución del enfermo. Sólo se modificó dicha calificación de la urgencia, de forma implícita, cuando llega la ambul ancia (1 hora y 50 minutos después de la primera llamada) y el técnico de emergencias informa que el enfermo se encuentra en parada cardiorrespiratoria. Para la Inspección, además, la tardanza en llegar al domicilio del paciente tampoco se ajusta a los tiempos que, como estándares de calidad en la prestación del servicio, se establecen en los protocolos de asistencia, que rondaría los 40 minutos para una urgencia A2 y los 15 minutos para la A1.

La atención dispensada desde ese momento es considerada por la Inspección y por la aseguradora del SMS como ajustada a protocolos, incidiendo en la tardanza en llevar al paciente al hospital dos hechos totalmente fortuitos y no imputables al sistema sanitario. En cualquier caso, se insiste por ambos informes en que desde la llegada de la UME-9 el enfermo es reanimado, intubado y estabilizado y está atendido por un equipo médico habituado a tratar con pacientes críticos.

Por otra parte, frente a lo señalado por la perito de la aseguradora acerca de que no se conoce la causa del fallecimiento, el perito de los actores razona de forma motivada cómo dicha causa ha de buscarse en una insuficiencia respiratoria aguda (IRA) del tipo hipercápnico/global (retención de anhídrido carbónico en sangre) calificable de muy grave. Este diagnóstico se contiene en el informe de éxitus de la UCI, que también califica la parada cardiorrespiratoria sufrida por el paciente en su domicilio como "secundaria" a dicha IRA.

Tras explicar el perito de los actores que la indicada insuficiencia respiratoria pudo deberse a la exacerbación de cualquiera de las patologías respiratorias que presentaba, en particular la EPOC, informa que los síntomas que se iban desgranando en las llamadas efectuadas al 112 y al CCU eran los típicos de una IRA que asociaba un Cor Pulmonale Agudo (edemas en extremidades inferiores y cara). El tratamiento más inmediato de dicha insuficiencia respiratoria era la oxigenoterapia para evitar la hipoxia de los órganos vitales, lo que de haberse aplicado con antelación habría impedido el fatal desenlace.

"*La llegada tardía de las asistencias sanitarias supuso que la hipoxemia provocara inestabilidad hemodinámica y el paciente presentara un pulso débil por una hipoxemia prolongada, bradicardia, depresión miocárdica e hipotensión. El último evento de esta hipoxemia prolongada fue la fatídica parada cardiorrespiratoria, estado clínico que se encontró la UME al acceder en el domicilio"* (informe del perito de los actores).

En una valoración conjunta y a la luz de la sana crítica del conjunto de la prueba y, en particular, de los informes periciales de parte traídos al procedimiento y el de la Inspección Médica, este Consejo Jurídico considera que el

funcionamiento del servicio público sanitario adoleció de anomalías y no se ajustó al estándar de prestación que resultaba exigible. En efecto, la calificación de la demanda de asistencia sanitaria como A2 o “urgencia demorable”, si bien inicialmente pudo ser correcta, inmediatamente debió haber sido modificada a un nivel de prioridad mayor como A1 o “urgencia no demorable” una vez se puso de manifiesto la dificultad respiratoria y pudo conocerse la pluripatología y los antecedentes de ingreso hospitalario por dificultad respiratoria del paciente, circunstancias que exigían una atención médica inmediata.

Al no modificar la urgencia, el tiempo de respuesta fue absolutamente insuficiente, demorándose la primera asistencia sanitaria hasta 1 hora y 47 minutos tras la primera demanda de atención médica urgente, lo que retrasó de forma decisiva la aplicación del tratamiento con oxigenoterapia y, en su caso, ventilación mecánica, que exigía la situación de gravedad creciente que presentaba el enfermo. Para cuando pudo instaurarse dicho tratamiento, a la llegada de la UME, la salud del enfermo se había deteriorado tanto (incluida una parada cardiorrespiratoria en su domicilio secundaria a la insuficiencia respiratoria aguda) que resultó irreversible, a pesar de la aplicación de los medios adecuados tras la primera asistencia domiciliaria.

Considera el Consejo Jurídico que concurren todos los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, singularmente el nexo causal entre el anormal funcionamiento del servicio público sanitario y el daño causado, que los reclamantes no tenían el deber jurídico de soportar, lo que determina su antijuridicidad.

Procede, en consecuencia, declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración y el derecho de los reclamantes a ser indemnizados.

En cuanto a la invocación de la doctrina de la pérdida de oportunidad que realiza la propuesta de resolución, este Consejo Jurídico no la comparte, dado que en su configuración jurisprudencial constituye una vía alternativa a la de la mala praxis para determinar la antijuridicidad del daño y para imputarlo a la actividad sanitaria. De modo que, constatada la existencia de mala praxis, ello excluye la posibilidad de apreciar una pérdida de oportunidad.

En efecto, como ya indicamos en nuestros Dictámenes 52/2015 y 162/2016, entre otros, la aplicación de la pérdida de oportunidades se enmarca, a tenor de lo indicado por la jurisprudencia del Tribunal Supremo, en aquellos supuestos en los que se ha actuado conforme a la *lex artis*, lo que no concurre en el presente caso.

Ha de recordarse al efecto que, si bien existen pronunciamientos judiciales que admiten la aplicación de la doctrina de la pérdida de oportunidad en supuestos de mala praxis médica (por todas, STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 12 de julio de 2007, Rec. 92/2003, STSJ de la Región de Murcia, Sala de lo Contencioso-Administrativo, núm. 470/2010, de 14 mayo, STSJ de Castilla y León, Sede Valladolid, Sala de lo Contencioso-Administrativo, núm. 1917/2015, de 9 septiembre, y del propio TSJ de la Región de Murcia, del mismo orden jurisdiccional, Sección 1ª, núm. 136/2016, de 19 febrero), lo cierto es que la línea jurisprudencial del Tribunal Supremo predominante en la actualidad excluye la aplicación de esta doctrina cuando se ha acreditado la existencia de una actuación contraria a normopraxis. Así la STS, Sala de lo Contencioso Administrativo, de 3 de diciembre de 2012 (recurso de casación para unificación de la doctrina) expresa en este sentido:

“*Podemos recordar la Sentencia de esta Sala y Sección de 27 de septiembre de 2011, recurso de casación 6280/2009, en la que se define la doctrina de la pérdida de oportunidad recordando otras anteriores:*

Como hemos dicho en la Sentencia de 24 de noviembre de 2009 (RJ 2009,8082), recurso de casación 1593/2008:

"La doctrina de la pérdida de oportunidad ha sido acogida en la jurisprudencia de la Sala 3ª del Tribunal Supremo, así en las sentencias de 13 de julio y 7 de septiembre de 2005 (...), como en las recientes de 4 y 12 de julio de 2007 (RJ 2007, 4993) configurándose como una figura alternativa a la quiebra de la lex artis que permite una respuesta indemnizatoria en los casos en que tal quiebra no se ha producido y, no obstante, concurre un daño antijurídico consecuencia del funcionamiento del servicio público. Sin embargo, en todos estos casos el daño no es el material correspondiente al hecho acaecido, sino la incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse seguido en el funcionamiento del servicio público otros parámetros de actuación (...)”. En el mismo sentido, la STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4ª, de 3 de octubre de 2014.

No obstante, la STS, 3ª, de 24 de abril de 2018, establece precisiones respecto a la aplicación de esta doctrina incluso en supuestos en los que conforme a la doctrina jurisprudencial expuesta estaría vedada, como serían

aquellos en los que se hubiera apreciado la existencia de una mala praxis, y lo hace en los siguientes términos: "*se centra el motivo del recurso en el razonamiento de la Sala sobre la existencia de un tratamiento contrario a la "lex artis", pero ello se contempla a los solos efectos de una valoración genérica y abstracta de dicho tratamiento, porque en el caso de autos, atendidas las condiciones del paciente y de la sintomatología que presentaba en el primer tratamiento, unido a la incertidumbre de las pruebas aconsejadas, la Sala considera que las secuelas no traen causa de esas omisiones, por lo que se reconduce la pretensión a la doctrina de la pérdida de oportunidad, precisamente por esa desvinculación entre tratamiento y resultado o, si se quie re, en una ruptura del nexo causal entre la asistencia sanitaria que le había sido prestada al paciente y el resultado producido. Por ello no cabe apreciar vulneración de la jurisprudencia que se cita en relación con la incompatibilidad entre pérdida de oportunidad y actuación contraria a la "lex artis", porque la Sala considera que, en el caso de autos, existió esa actuación contraria pero no fue la determinante de las lesiones*".

No es esto es lo que ocurre en el supuesto sometido a consulta de este Consejo Jurídico, pues del análisis conjunto de la prueba y de los informes unidos al procedimiento cabe entender que la falta de asistencia sanitaria en un tiempo razonable para los síntomas que presentaba el paciente determinaron una tórpida evolución de su situación clínica con una progresiva agudización de la dificultad respiratoria inicial que, ante la falta de tratamiento, se transformó en una insuficiencia respiratoria aguda que derivó en la parada cardiorrespiratoria primero, que sufrió *in situ*, y que, a pesar de conseguir reanimar al paciente, finalmente derivó en su fallecimiento al poco tiempo de llegar al hospital.

En consecuencia, la doctrina de la pérdida de oportunidad no sería aplicable en el caso sometido a nuestra consideración, pues existió una mala praxis en la gestión de la emergencia sanitaria, dado que si ésta inicialmente pudo ser calificada de urgencia demorable, lo apropiado habría sido modificar esta clasificación minutos más tarde, cuando en una nueva conversación telefónica con el CCU, ya se indicó por el llamante que el enfermo padecía dificultad respiratoria y constaban en su historia clínica enfermedades respiratorias de consideración.

QUINTA.- *Quantum* indemnizatorio.

Pretenden los reclamantes ser indemnizados en la cantidad de 35.000 euros para D.ª Z (hija mayor de 30 años) y de 65.000 euros para D. Y (hijo menor de 30 años), en concepto de daño moral por el fallecimiento del padre, con su correspondiente actualización. Estas cantidades se contienen en la reclamación huérfanas de cualquier motivación acerca del sistema seguido para su fijación, por lo que cabe considerar que lo han sido a tanto alzado y conforme a una apreciación meramente subjetiva del daño padecido por los actores.

La propuesta de resolución, por su parte, propone una indemnización de 21.300,66 euros para cada uno de los reclamantes, con una indemnización total de 42.601,32 euros. Dicha propuesta se basa en la valoración que realiza la correduría de seguros mediante la aplicación del baremo incluido en el sistema de valoración de daños a las personas contenido en la legislación sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, cuyo texto refundido se aprueba por Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, en la versión resultante tras la profunda modificación operada en el mismo por la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, que lo deroga.

Como es bien sabido, dicho sistema constituye una referencia objetiva que a modo de pauta orientativa es utilizado con frecuencia en el ámbito de la responsabilidad patrimonial ante la inexistencia de tablas objetivas de valoración específicas.

Entiende el Consejo Jurídico que, en el supuesto sometido a consulta, procede acudir a dicho sistema para la valoración del daño derivado del fallecimiento del padre de los actores, sin que éstos en el trámite de audiencia conferido, aun conociendo la valoración efectuada por la correduría, hayan argumentado en contra de la aplicación del baremo de referencia.

A efectos de la determinación de las cuantías, en aplicación de lo establecido en el artículo 34.3 LRJSP y dado que el óbito se produjo en el año 2020, habrá de estarse a la actualización que para ese año aprueba la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, por la que se publican las cuantías de las indemnizaciones actualizadas del sistema para valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

En los supuestos de fallecimiento, el baremo de referencia establece un perjuicio personal básico de 52.207,51

euros para cada hijo menor de 30 años y mayor de 20 a la fecha del óbito, acaecido el 21 de septiembre de 2020 (es el caso de D. Y, nacido el 19 de septiembre de 1991, según consta en la copia del Libro de Familia adjunta a la reclamación), y de 20.883 euros para hijos mayores de 30 años (es el caso de la actora, nacida el 16 de octubre de 1987).

No se acreditan circunstancias que permitan considerar un perjuicio personal particular (Tabla 1.B) del baremo de referencia. Y, en cuanto al perjuicio patrimonial, únicamente cabe considerar el perjuicio patrimonial básico por daño emergente de 417,66 euros, que no necesita justificación. El resto de partidas precisarían de una acreditación que no se ha aportado al procedimiento (gastos específicos derivados del fallecimiento en concepto de daño emergente ni dependencia económica de la víctima para la consideración del lucro cesante).

En conclusión, cabe reconocer las siguientes indemnizaciones:

- A D.ª Z, la cantidad de 20.883+417,66=21.300,66 euros.

- A D. Y, la cantidad de 52.207,51+417,66=52.625,17 euros.

Dichas cantidades habrán de ser actualizadas conforme a lo establecido en el artículo 34.3 LRJSP.

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

CONCLUSIONES

PRIMERA.- Se dictamina en sentido favorable la propuesta de resolución en el extremo en que estima parcialmente la reclamación de responsabilidad patrimonial al advertir que concurren los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial, en particular el nexo causal y la antijuridicidad del daño reclamado. No comparte, sin embargo, este Consejo Jurídico la apreciación de la propuesta de resolución relativa a la existencia de una pérdida de oportunidad de curación del paciente, pues este Órgano Consultivo estima que sí hubo mala praxis en la gestión de la emergencia sanitaria y que ello fue determinante del fallecimiento del paciente, lo que excluye la existencia de una mera pérdida de oportunidad.

SEGUNDA.- La cuantía de la indemnización habría de ajustarse a lo indicado en la Consideración quinta de este Dictamen.

No obstante, V.E. resolverá.