



Consejo Jurídico
de la Región de Murcia

Dictamen nº 07/2025

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 14 de enero de 2025, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por la Ilma. Sra. Directora Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 12 de junio de 2024 (COMINTER 126110) y disco compacto (CD) recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 17 de junio de 2024, sobre responsabilidad patrimonial instada por D. X, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2024_225), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 22 de diciembre de 2017 D. X, D.^a Y y D.^a Z y D. P y D. Q formulan una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración sanitaria regional, asistidos por una letrada que firma el escrito junto con todos ellos.

En la solicitud explican que D. R se encontraba sobre las 15:35 h del 22 de diciembre de 2016 en la puerta de su vivienda situada en el barrio de San Antón, en Cartagena. Añaden que un vecino lo vio en mal estado y que por eso llamó al teléfono de emergencias 112.

Exponen, asimismo, que hacia las 16:08 h llegó una ambulancia asistencial en la que iban una médica, una enfermera y un conductor, pertenecientes al Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) de Los Dolores de Cartagena. Añaden que en el parte de asistencia anotaron que el paciente se encontraba *“repetitivo a la conversación, responde a nuestras preguntas, no fotorreacciona, refiere haber tomado la medicación correctamente. Avisan por temblor y que no puede hablar. Afebril”*.

Seguidamente, relatan que a las 16:13 h, el equipo médico llamó al Centro de Coordinador de Urgencias 061 solicitando una ambulancia no asistencial para trasladar al paciente para que fuese valorado y *“abandona el*

domicilio antes de que llegue la ambulancia no asistencial de traslado”.

A las 16:32 h, según alegan, el operador del Centro Coordinador de Urgencias 061 le dijo al conductor de la ambulancia no asistencial A1602 que *“El médico ya lo ha visto”*, y que él interpretó erróneamente que, como ya lo había visto el médico, no tenía que trasladarlo al hospital. Por ello, no fue al domicilio del paciente y éste falleció en su casa cinco horas más tarde, como seguidamente se explica.

Los reclamantes relatan que, sobre las 19:03 h, el conductor de la ambulancia no asistencial A1602 realizó una llamada al Centro Coordinador de Urgencias 061 y preguntó a la operadora si figuraba como operativo, pues sus compañeros estaban recibiendo avisos de traslados y él no. La operadora

le dijo entonces que constaba en el programa informático que esa unidad estaba ocupada en un traslado desde las 16:32 h, pero que en esa misma llamada la operadora le adjudicó un nuevo traslado.

También explican que, al día siguiente, 23 de diciembre de 2016, sobre las 16:17 h, un sobrino de D. R lo encontró fallecido en su domicilio. Según el informe de la autopsia que se le realizó, el deceso se produjo entre las 21:00 y las 23:00 h del día anterior, 22 de diciembre, y que la causa fundamental de la muerte fue una hipertrofia cardíaca severa.

Destacan, asimismo, que por ese motivo el Juzgado de Instrucción nº 5 de Cartagena incoó las Diligencias Previas nº 2068/2016 por un presunto delito de homicidio por imprudencia grave contra el Servicio Murciano de Salud (SMS) y contra el conductor de la ambulancia A1602.

Pese a ello, explican que las Diligencias fueron archivadas mediante Auto de 26 de junio de 2017.

A juicio de los reclamantes, resulta clara la actuación negligente del equipo médico de la ambulancia asistencial del SUAP, ya que abandonó el domicilio del paciente antes de que viniera la ambulancia no asistencial para trasladarlo al Hospital General Universitario *Santa Lucía* (HGUSL) de Cartagena.

Igualmente, consideran negligentes las actuaciones del operador del 061 y del conductor de la ambulancia, que recibió el encargo de trasladar al enfermo pero que interpretó erróneamente que, como ya lo había visto el médico, no tenía que llevarlo al HGUSL.

Así pues, D. R sufrió un edema agudo de pulmón secundario a insuficiencia cardíaca que le causó la muerte en su domicilio, sin que hubiese sido trasladado al hospital mencionado.

Los reclamantes sostienen que, si se hubiese efectuado el traslado al HGUSL, no se hubiera producido el fatal desenlace del que se ha dado cuenta, y consideran que la solicitud de indemnización persigue reparar las consecuencias nefastas que provocó esa actuación negligente del Servicio sanitario regional.

Junto con la reclamación adjuntan las copias de la denuncia formulada por la Oficina de Denuncias de la Policía Nacional en Cartagena como consecuencia del hallazgo del cuerpo del fallecido; del Auto de incoación de las Diligencias Previas (Procedimiento Abreviado n.º 2068/2016) dictado el 24 de diciembre de 2016 por el Juzgado de Instrucción n.º 5 de Cartagena; del Auto dictado el 27 de febrero de 2017 por el citado órgano jurisdiccional, en el procedimiento abreviado citado, por el que se acuerda incoar otras Diligencias Previas y acumularlas con las anteriores en virtud del atestado recibido de la Policía Nacional en Cartagena ante la comisión de un posible delito; del informe emitido el 17 de marzo de 2017 por el Servicio de Histopatología del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses de Madrid; del informe médico forense elaborado el 22 de marzo de 2017; de un informe forense complementario realizado el 6 de junio de 2017; de la documentación remitida al Juzgado por la Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061 de la Región de Murcia; del Auto de sobreseimiento de la causa dictado el 26 de junio de 2017 por el Juzgado de Instrucción ya referido; de otros documentos aportados a las citadas actuaciones judiciales, del certificado de defunción del paciente y de una copia ilegible de un Libro de Familia.

Entre esos documentos se debe destacar la declaración que el conductor de la ambulancia, entonces investigado, realizó el 25 de abril de 2017 en el Juzgado de Instrucción ya citado (folios 71 vuelto a 73 del expediente administrativo). En el acta de esa declaración se reproduce la respuesta que ofreció a una pregunta formulada por el Juez, en la que explicó *“Que cree recordar que le dieron una dirección concreta con nombre y apellidos del enfermo, pero no está seguro, pero no le dio mucha importancia por la forma que le dieron el aviso. Que fue confusa en cuanto al traslado en sí, que le creó confusión, que le dieron a entender que ya lo había visto el médico.*

Por SSª se le pregunta qué hizo cuando percibió esa confusión, responde que dio por hecho que ya lo había visto el médico.

Por SSª se le pregunta por qué no llamó por teléfono al surgirle la duda, responde que transcurrido un tiempo que no puede precisar al comprobar que el resto de compañeros los estaban llamando para realizar servicios y no al declarante llamó para decir que estaba libre en la base y le dijeron que en el programa informático que constaba como que estaba ocupado.

Por SSª se le pregunta si es frecuente que lo avisen para un traslado de un enfermo de su domicilio a un hospital aún estando siendo atendido por los servicios sanitarios en ese domicilio, responde que sí.

Por SSª se le pregunta por qué entonces la extrañeza, responde que le dijeron que tenía que ir a trasladar pero entendió que como ya lo había visto el médico no era necesario”.

De igual modo, conviene reseñar la solicitud formulada por el Ministerio Fiscal al médico forense, fechada el 10 de mayo de 2017 (folio 83), para que aclare *“si en caso de no haber habido interpretación errónea y la ambulancia hubiera llevado al enfermo, si conforme a los datos médicos del episodio de edema e infarto, hubiese podido procederse a su curación o era inevitable el fallecimiento”.*

Asimismo, interesa destacar la respuesta a pregunta citada que ofreció la médica forense en el informe

complementario realizado el 6 de junio de 2017 y que es el del siguiente tenor:

“En el momento de la valoración por la ambulancia medicalizada el informado presentaba una sintomatología que precisaba estudio para realizar un diagnóstico, motivo por el que la doctora solicitó su traslado al hospital, pero los síntomas observados en el momento de la asistencia en su domicilio y origen de la llamada no guardan relación con el inicio de una insuficiencia cardíaca aguda que fue lo que finalmente originó el fallecimiento.

En el caso de haber presentado el fallo cardíaco durante su estancia en el hospital, se habrían podido instaurar medidas terapéuticas, aunque no es posible saber si estas medidas terapéuticas hubieran podido evitar el fallecimiento del informado o si éste hubiera sido inevitable”.

SEGUNDO.- Una Asesora Jurídica del SMS le recuerda a la letrada actuante, el 19 de enero de 2018, la obligación que tiene de relacionarse con la Administración regional por vía electrónica.

Además, le advierte de que no ha presentado algún documento que le sirva para acreditar la representación con la que dice actuar en nombre de los interesados y que debe aportar una copia legible del Libro de Familia para analizar la legitimación de los reclamantes.

Por último, le solicita que especifique la cuantía de la indemnización que se solicita, si fuera posible.

TERCERO.- Los interesados presentan un escrito el 6 de febrero de 2018 en el que precisan que ellos no han conferido ninguna representación en favor de su letrada por lo que debe entenderse que intervienen en el procedimiento en sus respectivos nombres y personales derechos.

Por lo que se refiere a la valoración de los daños por los que reclaman, argumentan que resultaría de aplicación 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. En su virtud, solicitan una indemnización conjunta de 145.000 € que desglosan del siguiente modo:

a) Para los descendientes: Especifican que D. R dejó dos hijos (D. Q y D. P) mayores de 20 años, pero menores de 30, por lo que le corresponderían 50.000 € a cada uno.

b) Para los hermanos: Los interesados concretan que el fallecido tenía tres hermanos (D. X, D.^a Y y D.^a Z) mayores de 30 años, por lo que consideran que les corresponderían 15.000 € a cada uno.

En consecuencia, como se ha adelantado $[(50.000 \times 2) + (15.000 \times 3)]$, solicitan una indemnización total de 145.000 €.

Por último, adjuntan copia del Libro de Familia expedido para los padres de D. R, de cuya lectura se deduce que el matrimonio tuvo 6 hijos (S; T; Y; R, X y Z). También se aporta una copia del Libro de Familia del paciente fallecido y de su esposa, D.^a V, que permite conocer que el matrimonio tuvo dos hijos, P y Q.

CUARTO.- La solicitud de indemnización se admite a trámite el 14 de febrero de 2018 y dos días más tarde se solicita a la Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061 de la Región de Murcia que remita una copia de la historia clínica del paciente fallecido y los informes de los facultativos que lo asistieron.

QUINTO.- Con fecha 14 de marzo de 2018 se recibe un escrito del Director Gerente de la Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061 de la Región de Murcia en el que diferencia entre las asistencias que se dispensaron el 22 y el siguiente 23 de diciembre de 2016.

Así, con respecto a las prestadas el primero de los días citados, acompaña tres informes:

1) El primero es el realizado el 2 de marzo de 2018 por la Dra. D.^a W, médico del SUAP de Los Dolores, en el que expone que *“El día 22 de diciembre de 2016, recibimos el aviso nº 805, para acudir al domicilio [del paciente fallecido] , en la calle -- de San Antón (Cartagena).*

Nos solicitan para valorar los síntomas: temblor y no poder hablar.

Llegamos al domicilio y tras atender al paciente, decido que sea valorado en el Hospital Universitario de Santa Lucía, para completar estudio, solicitando una ambulancia de traslado.

Como el paciente se encuentra estable (con saturación de oxígeno, glucemia, tensión arterial y frecuencia cardiaca) con parámetros normales y sin ninguna indicación que realizar al conductor de la ambulancia convencional, nos marchamos del domicilio, notificándolo al Centro Coordinador”.

2) El segundo informe es el elaborado el 12 de marzo de 2018 por D.^a B, enfermera, en el que explica que *“el día 22 de diciembre de 2016 me encontraba de guardia en el SUAP de Los Dolores formando equipo con la Dra. (...), fuimos a atender al paciente (...) y tras valoración médica, se decidió trasladarlo en ANA al Hospital Universitario Santa Lucía para valoración, diagnóstico y tratamiento. Tras pedir ambulancia convencional (ANA) abandonamos el domicilio dado que el paciente no precisaba cuidados de ningún tipo por encontrarse estable e igualmente no había que darle indicaciones al conductor de la ANA que pudiera precisar durante el traslado, todo ello se llevó a cabo de acuerdo al protocolo que se sigue habitualmente en estos casos”.*

3) El tercero es el suscrito el 7 de marzo de 2018 por D. C, conductor de la ambulancia no asistencial ya citada, en el que explica lo que se transcribe a continuación:

“Como cualquier guardia, tras hacer un servicio tras otro, por la tarde estando en base recibo una llamada del Centro Coordinador para darme nuevamente otro servicio al teléfono vinculado a la ambulancia con código 1602.

Salgo de la habitación tomando el aviso de camino a la ambulancia, y una operadora/or (del cual desconozco su nombre) me pasa el aviso de forma similar a la siguiente: "Hola 1602, para pasarte un aviso; tenemos un aviso en calle "x", que ya la ha visto el médico, y que, que, .. no hace falta ...".

Tras dar la llamada como finalizada, me quedo un poco extrañado, pero vuelvo al cuarto (dentro de base), y a lo que me pregunta un compañero que "qué aviso me habían pasado". Yo, extrañado y confundido por la llamada, lo comparto con él.

Transcurrido un tiempo no le doy mayor importancia y me olvido del tema.

Tras pasar un tiempo en el que todos mis compañeros están de aviso y yo continuo en base sin servicio alguno, llamo por teléfono al CCU para comunicar que continúo libre en base, y que si quedaba algo pendiente para mí. A lo que el teleoperador/a me contesta que en el programa informático les refleja que estaba ocupado con un servicio, y a lo que continúan dándome servicios con total normalidad.

Al pensar en una confusión por cualquier becario en prácticas, no le doy mayor importancia como para ponerlo en conocimiento de mi empresa".

Por otra parte, en relación con la actuación médica llevada a efecto el 23 de diciembre de 2016, se aporta el informe elaborado el 9 de mayo de 2018 por el Dr. D. E, médico del SUAP de Cartagena, en el que expone que ese día "encontrándome de guardia fui requerido por el Centro Coordinador de Urgencias para atender un aviso (811) en la calle -- y tras personarnos en el citado domicilio. A nuestra llegada al citado domicilio el paciente (...) no presentaba signos vitales, con claros signos de rigor mortis, con pupilar reactivas y sin pulso. Realizamos E.C.G. sin signos vitales y emito diagnóstico de "exitus", lo comunico al Centro Coordinador Código 990.1.

Añadiendo que en todo momento los familiares me dicen, preguntan y aseguran que el médico que fue el día anterior tenía que haber procedido a su traslado.

Les comento que no puedo opinar, aunque creo que todos los compañeros de los Servicios de Urgencias si vemos o tenemos la mínima duda procedemos al traslado. Lo cual también comunico al Centro Coordinador, así como que avisen al compañero que atendió al paciente el día anterior".

De igual modo, adjunta una copia de la historia clínica solicitada, de las grabaciones de las que dispone el Centro Coordinador de Urgencias respecto de los avisos núms. 201612222153600805 (asistencia por el SUAP de Los Dolores) y 20161223155000811 (Certificación de la defunción) y de las cartas de llamadas referentes a dichos

avisos.

La lectura de la carta de llamada relativa al 22 de diciembre permite confirmar que a las 16:32 h se produjo la “Asignación del recurso A1602, en el grupo 2 CARTAG”. También, que se realizó una llamada al conductor de la ambulancia a las 16:35 h y que éste volvió a telefonar al Centro Coordinador de Urgencias a las 19:03 h, lo que motivó un cambio al estado D de ese recurso 1 minuto más tarde y el cierre del asunto a las 20:09 h.

SEXTO.- Con fecha 5 de abril de 2018 se informa a la mercantil *Ambulancias Martínez, S.L.* que se le considera parte interesada en el procedimiento de responsabilidad patrimonial y que debe dar parte de la reclamación formulada a su propia compañía de seguros.

SÉPTIMO.- El citado 5 de abril de 2018 se envía una copia del expediente administrativo a la Inspección Médica para que pueda realizar, en su caso, el informe valorativo correspondiente.

OCTAVO.- El 10 de mayo de 2018, una abogada se persona en el procedimiento en nombre y representación de la mercantil *Ambulancias Martínez, S.L.* y adjunta una copia de la escritura del apoderamiento conferido a su favor.

Más adelante, el día 21 de ese mes de mayo, presenta un nuevo escrito en el que la letrada manifiesta -pero no lo acredita debidamente- que se persona, asimismo, en nombre y representación de la mercantil *Allianz Seguros*, aseguradora de la empresa de transporte en ambulancia ya citada.

Por otro lado, solicita que se aporte una copia de la póliza de seguro de responsabilidad civil que cubra la actuación del Servicio de Coordinación de Emergencias del 112, ya sea porque se trate de un servicio dependiente de una Consejería o de una Dirección General o porque esté subcontratado.

Además, requiere que se identifique con su nombre, apellidos y número de Documento Nacional de Identidad a la persona que transmitió los mensajes a la base de ambulancias. Asimismo, reclama que se concrete su antigüedad en ese puesto y la formación con la que cuenta esa persona, lo que debe justificarse documentalmente. De igual modo, demanda que se detalle el vínculo contractual, estatutario o de otra naturaleza que mantenga con el citado Servicio de Coordinación.

Con el escrito adjunta una copia de la póliza del contrato de seguro de responsabilidad civil suscrito por *Ambulancias Martínez, S.L.* con la compañía *Allianz Seguros y Reaseguros, S.A.*

NOVENO.- El 4 de junio de 2018 se solicita a la Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061 de la Región de Murcia que aporte la documentación solicitada por la representante de *Ambulancias Martínez, S.L.*

DÉCIMO.- Obran en el expediente dos documentos en los que respectivamente se detallan las asistencias

prestadas los días 22 y 23 de diciembre de 2016 y se identifican a los médicos coordinadores, a los operadores del 061 y a los operadores de ambulancias concertadas que intervinieron en cada uno de los casos.

En el documento que se refiere a la asistencia se confirma que el usuario 0654S (operador 061) se encontraba realizando prácticas de formación, aunque se especifica que *“Siempre está con un tutor”*.

De igual modo, que precisa que a las 16:32 h se realizó una asignación de servicio a la ambulancia citada y que a las 16:35 h se volvió a realizar una llamada al conductor de la ambulancia. También se señala que a las 19:04 h se *“Realiza llamada a la amb. concertara A1602 porque aún está asignada y ocupada en este aviso, y la pone ya libre”*.

Por último, se añade al final del documento que *“Se realiza llamada a admisión del Hosp. Santa Lucía y nos comunican que no tienen ingreso de este paciente ese día, SS.CC no llegó a realizar el traslado”*.

El 14 de junio de 2018 se remiten copias de esos escritos a la Inspección Médica y se informa a la empresa *Ambulancias Martínez, S.L.* de que se han incorporado al expediente administrativo.

UNDÉCIMO.- Con fecha 21 de diciembre de 2018 se recibe un escrito de la letrada interviniente en el que expresa su renuncia a la representación y dirección letrada en el procedimiento de la mercantil *Ambulancias Martínez, S.L.*

DUODÉCIMO.- Los reclamantes presentan el 26 de junio de 2019 un escrito en el que solicitan que se les expida la correspondiente certificación del silencio producido, para que puedan ejercer las acciones que consideren oportunas, o se les informe de que se hubiera suspendido el plazo para resolver la solicitud de indemnización.

DECIMOTERCERO.- El 10 de julio de 2019 se envía a los interesados el certificado que habían solicitado, fechado el día 8 de ese mes.

DECIMOCUARTO.- El 6 de marzo de 2024 se recibe el informe elaborado por la Inspección Médica con esa fecha, en el que se precisa que, entre los documentos de los que se ha dispuesto para su elaboración, se encuentran los archivos de audio correspondientes a las llamadas efectuadas, contenidas en un disco compacto (CD).

Asimismo, en el apartado referido a los *Hechos*, se transcribe la conversación que se mantuvo entre el Centro de Coordinación de Emergencias y el conductor de la ambulancia a las 16:35 h del 22 de diciembre de 2016, que aquí se reproduce:

“Centro coordinador (CC): “Buenas compañero, para comunicarte que la ha visto el médico”

Ambulancia no asistencial (ANA): "Ah, venga perfecto".

Centro coordinador CC: "De acuerdo, gracias".

Ambulancia no asistencial (ANA): "Vale".

Centro coordinador CC: ... médico del SUAP. Hasta ahora". Ambulancia no asistencial (ANA): "Hasta ahora".

En la parte final del apartado sobre *Juicio crítico* se expone que *"La valoración por parte del personal de la ambulancia describe el estado del paciente en el domicilio, determinan que está estable y derivan al hospital para completar el estudio.*

(...)

En la documentación del centro coordinador de urgencias del 061, se identifica al usuario 06548 como operador del 061, realizando prácticas de formación, que siempre está con un tutor, pero en ningún momento se oye hablar a este, ni corregir la asistencia:

(...)

El conductor de la ambulancia no asistencial, no entendió que tenía que hacer un traslado del paciente del domicilio al centro hospitalario y aunque relata que el aviso fue confuso y lo comenta con un compañero, no fue hasta más de dos horas posteriores cuando llama al centro coordinador de urgencias del 061, para ver si su estado ocupado o no y en ese momento le asignan otro servicio".

De igual modo, en el informe se ofrece el siguiente *Resumen* de la actividad indagatoria realizada:

"1. En la primera asistencia al paciente (...) por parte del equipo de la ambulancia asistencial del Servicio de Urgencias de Atención Primaria de Los Dolores de Cartagena, la asistencia fue correcta, pues tras recibir el aviso de paciente con temblor e incoherencia, se presentan en el domicilio, valoran al paciente y consideran que no existe riesgo vital urgente, se decide que debía ir al Hospital para valorar los síntomas que presentaba el paciente, en una ambulancia no asistencial (ANA), para ello lo comunicó al centro coordinador de urgencias del 061, que deja en pendiente para el traslado por la ambulancia no asistencial (ANA) y ellos libres para otro servicio. Aquí el paciente presentaba un cuadro clínico de torpeza en la conversación, temblor, respuesta a las preguntas, no olor a alcohol y está sin fiebre, con una saturación de oxígeno normal, una frecuencia cardíaca un poco por encima de lo normal, una tensión arterial normal y una glucosa dentro de límites normales.

2. Tras quedar pendiente el traslado, se constata que la comunicación entre el centro coordinador de urgencias del 061 por el operador en prácticas identificado como usuario 06548 y la ambulancia no asistencial (ANA) concertada, etiquetada como A1602 fue deficiente, el mensaje principal como se deduce de la transcripción fue: "el médico ya la ha visto, el médico del SUAP", en vez de la confirmación del servicio, con los datos del paciente, dirección del domicilio, situación, estado y a dónde se debía trasladar.

3. También se constata una falta de diligencia por parte del conductor, porque si el mensaje fue confuso como él mismo declara y no lo entendió, tardó más de dos horas en volver a llamar y en la llamada posterior al centro coordinador no dejó claro en qué situación se había quedado el traslado.

4. Como consecuencia el traslado nunca se efectuó y al día siguiente se comprueba el fallecimiento del paciente en su domicilio.

5. De haber sido trasladado al hospital y allí producirse el fallo cardíaco, se podrían haber instaurado un tratamiento, aunque no es posible saber si hubiera sido eficaz y evitar el fallecimiento”.

Por último, se recogen las siguientes conclusiones:

“1. La asistencia al paciente (...) por parte del equipo de la ambulancia medicalizada del Servicio de Urgencias de Atención Primaria de Los Dolores de Cartagena, fue correcta.

2. Que el hecho es que el traslado posterior al centro hospitalario no se produjo, fue por una mala emisión del mensaje por parte del operador en prácticas del centro coordinador de urgencias del 061 al conductor de la ambulancia no asistencial concertada y a una falta de comprobación, ante la duda por el mensaje equívoco, por el conductor de la ambulancia no asistencial”.

DECIMOQUINTO.- El 15 de marzo de 2024 se solicita a la correduría de seguros del SMS que emita un informe valorativo del daño ocasionado.

DECIMOSEXTO.- El 29 de abril siguiente se recibe un *Informe de valoración del daño corporal* elaborado el día 22 de ese mes por una asesora médica de la División Médica de Aon.

En el apartado de este informe titulado *Descripción de los hechos* se explica que el paciente fallecido, “de 51 años en el momento de los hechos, con AP de esquizofrenia y exADVP, fue atendido por un facultativo del SUAP el día 22/12/2016 a las 16:08 tras movilizarse una ambulancia medicalizada después de la llamada de un vecino que encuentra al paciente en la puerta de su casa con discurso incoherente, dificultad para hablar y temblor. Tras una primera valoración, deciden que el paciente debe ser trasladado al Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena, para lo que se solicita el recurso de ambulancia no asistencial (ANA). Sin embargo, este traslado no llega a producirse nunca por un error en la coordinación de la llamada, siendo encontrado el paciente fallecido al día siguiente en su domicilio por un familiar.

Según el informe forense, la posible causa del fallecimiento fue la insuficiencia respiratoria como consecuencia de un edema agudo de pulmón en el contexto de una hipertrofia cardíaca severa, que pudiera haberse evitado en caso de haber recibido atención hospitalaria en un tiempo prudencial”.

Asimismo, en el apartado de dicho informe de valoración titulado *Consideraciones médico-legales* se expone que para la evaluación del daño debe emplearse, aunque de modo orientativo, el baremo vigente en la fecha del siniestro, que se recoge en 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. Asimismo, se explica que, para conseguir la traducción económica correspondiente, debe aplicarse la actualización publicada por el Ministerio de Economía y Hacienda para el año 2016, que fue cuando se produjo el fallecimiento del paciente.

A continuación, se añade que *“Dado que la mortalidad del paciente por su patología previa era del 85%, consideramos que la indemnización por muerte debe ser ponderada en ese porcentaje y le correspondería un 15% (100-85%) de la cantidad total calculada”*.

Seguidamente, se calcula la indemnización por fallecimiento y se le reconoce a cada uno de los dos hijos el derecho a percibir 50.000 € por el concepto de perjuicio básico y 400 € más por el de perjuicio patrimonial (daño emergente). En consecuencia, la indemnización ascendería respecto de estos perjudicados (50.400×2) a 100.800 €.

De igual modo, les reconoce a cada uno de los tres hermanos del fallecido el derecho percibir 15.400 € por esos mismos conceptos, de manera que, en relación con ellos, la indemnización se elevaría (15.400×3) a 46.200 €.

La suma de esas dos partidas ($100.800 + 46.200$) hace un total reconocido en el informe de 147.000 €.

DECIMOSÉPTIMO.- El 30 de abril de 2024 se concede audiencia a los reclamantes y a la empresa de transporte en ambulancia interesada para que puedan formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que estimen pertinentes.

DECIMOCTAVO.- Un abogado, actuando debidamente en nombre y representación de la mercantil *Ambulancias Martínez, S.L.*, presenta el 9 de mayo de 2024 un escrito en el que alega, en primer lugar, que esa empresa no es adjudicataria del contrato de transporte de urgencias y emergencias con el SMS y que D. Pedro José Abellán Piqueras no pertenece a su plantilla de trabajadores.

En segundo lugar, el letrado advierte, a la vista de la documentación incorporada al expediente, y singularmente de las grabaciones de las conversaciones mantenidas entre el Centro de Control de Urgencia del 112 (CCU) y el trabajador de la ambulancia, que no se puede derivar ninguna responsabilidad hacia esa empresa *“ni hacia la empresa concesionaria del transporte urgente pues no ha existido el más mínimo atisbo de culpa en su actuación”*.

Añade que en ese tipo de transporte todas las decisiones de activación y desactivación de los medios las adopta el CCU sin que intervengan las empresas concesionarias. Insiste en el hecho de que las empresas no intervienen para nada en los servicios y que ellas se limitan a poner el vehículo y el trabajador-conductor-técnico de emergencias sanitarias. Por otra parte, recuerda que los miembros del personal sanitario pertenecen al SMS.

A continuación, señala que si el médico del SUAP que acudió en la primera asistencia decidió no trasladar al paciente al HGUSL fue porque, en su opinión, no se encontraba en situación de riesgo, porque en otro caso deberían haberlo trasladado ellos. A las 16:13 h solicitaron al CCU una ambulancia no asistencial y mantuvieron esa decisión a pesar de que el traslado se debía realizar en cuanto hubiese una ambulancia libre. Destaca que los miembros del SUAP lo aceptaron.

Seguidamente, argumenta que por parte del CCU *“no se comunica a ambulancia alguna qué servicios debe efectuar. No existe comunicación alguna del nombre del paciente, ni la dirección, ni a dónde hay que trasladarlo. Se afirma en el informe que el aviso es a las 16:32, pero no consta comunicación alguna a la ambulancia a dicha hora. La única comunicación se produce a las 16:35 y desde el centro se limitan a manifestar que “Bueno compañero que lo ha visto el médico del SUAP”.*

Es ésta una comunicación no del todo extraña pues en otras ocasiones ha sucedido que, tras la visita del médico del SUAP al enfermo, queda resuelta la urgencia. No hay que efectuar traslado alguno”.

El abogado expone que a las 19:00 h el conductor de la ambulancia contactó con el CCU y que le dijeron *“que teóricamente estaba activa, pero que se trataría de un error pues había personal en formación, imaginamos que sin ningún otro personal que lo supervise. Desde el CCE (sic) se decide dar por finalizado el servicio sin comprobar si el traslado se había efectuado y se le da un nuevo servicio indicando, ahora sí, el paciente, dirección de recogida y a dónde hay que trasladarlo.*

Si por parte del CCE (sic) se hubiese comprobado si el servicio se había efectuado, se podría haber recogido al paciente a las 19:00 y haberlo trasladado al Hospital. Recordad que, según el informe forense, [el paciente] falleció entre las 21 y 23 horas. Con esa simple comprobación el paciente hubiese recibido la atención médica necesaria”.

Por esas razones, sostiene que, de existir responsabilidad, habría que atribuirla al CCU por una deficiente gestión ya que *“primero no comunicó qué traslado había que efectuar, ni realizó un seguimiento del mismo, ni, en último término, realizó una comprobación de si el traslado se había efectuado. Todo ello enmarcado en un servicio que estaba siendo operado por personal en formación sin supervisor”.*

Finalmente, insiste en el hecho de que se ha demostrado la inexistencia del servicio, pues no se puede trasladar lo que no se ha avisado. Ello le permite concluir que la empresa y el conductor de la ambulancia deben quedar exonerados de toda responsabilidad.

Con el escrito acompaña una copia de la escritura de apoderamiento otorgada a su favor por la mercantil citada.

DECIMONOVENO.- La instructora del procedimiento recibe el 5 de junio de 2024 una comunicación de una responsable del Servicio de Obras y Contratación del SMS con la que adjunta una copia del contrato administrativo celebrado el 25 de junio de 2008 entre dicho Servicio público de Salud y la mercantil ya citada, para la gestión del servicio de transporte sanitario terrestre en el ámbito de la Comunidad Autónoma de la Región de

Murcia (Lote 4: Hospital *Santa María del Rosell*).

De acuerdo con lo establecido en la Cláusula Tercera, la duración del contrato era de dos años prorrogable de mutuo acuerdo hasta un máximo de ocho anualidades.

Además, se acompaña un documento titulado *Cláusula de prórroga del contrato hasta el 31 de julio de 2017*, formalizado entre las partes mencionadas el 29 de julio de 2016 y referido al contrato de gestión de servicio público citado.

Así, en la parte dispositiva se establece que *“Por Resolución de fecha 27 de julio de 2016, se dispone, la prórroga hasta el 31 de julio de 2017, del citado contrato de gestión de servicio público, en las mismas condiciones que el contrato inicial, quedando la cláusula tercera del mismo modificada de la siguiente forma:*

Cláusula Tercera: La prestación objeto del presente contrato se llevará a cabo hasta el 31 de julio de 2017”.

VIGÉSIMO.- Con fecha 11 de junio de 2024 se formula propuesta de resolución desestimatoria, por falta de legitimación activa, de la solicitud de indemnización presentada por D. X, D.^a Y y D.^a Z como consecuencia del fallecimiento de su hermano R.

En otro sentido, se estima parcialmente la reclamación presentada por D. P y D. Q debido al fallecimiento de su padre, D. R. En consecuencia, se propone indemnizar a cada uno de ellos con la cantidad de 7.560 €, que deberá ser actualizada en los términos legalmente establecidos.

Por último, se determina que el pago de esas cantidades debe ser asumido a partes iguales entre el SMS y la mercantil *Ambulancias Martínez, S.L.*, al haber intervenido ambas entidades en la producción del daño.

Una vez incorporados el preceptivo índice de documentos y el extracto de secretaría, se remite el expediente en solicitud de Dictamen, mediante un escrito recibido en este Consejo Jurídico el 12 de junio 2024, que se completa con la presentación de un disco compacto (CD) cinco días más tarde.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, dado que versa sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en los artículos 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC), y 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia.

SEGUNDA.- Legitimación pasiva, plazo de ejercicio de la acción de resarcimiento y procedimiento seguido.

I. La Administración regional está legitimada pasivamente, por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse el daño a los servicios públicos sanitarios de su competencia.

De igual modo, goza de legitimación pasiva la mercantil *Ambulancias Martínez, S.L.*, prestadora del servicio de transporte sanitario terrestre. Como contratista de la Administración regional, debe indemnizar los daños que cause a terceros como consecuencia de las operaciones que requiera el desarrollo del servicio, excepto cuando se hayan producido por causas imputables a la Administración, según regla ya clásica prevista en la normativa de contratos de las Administraciones Públicas.

De hecho, se trata de un principio que estaba recogido en el artículo 214 del Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público (TRLCS) -vigente en el momento en el que se produjo el hecho dañoso-, y se contempla en la actualidad por el artículo 196 de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, por la que se trasponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014 (LCSP).

Como se ha señalado, en el apartado 1 del artículo 214 se disponía que *“Será obligación del contratista indemnizar todos los daños y perjuicios que se causen a terceros como consecuencia de las operaciones que requiera la ejecución del contrato”*. Y en el apartado siguiente se precisaba que *“Cuando tales daños y perjuicios hayan sido ocasionados como consecuencia inmediata y directa de una orden de la Administración, será esta responsable dentro de los límites señalados en las leyes...”*.

Así pues, la aplicación de este régimen legal de responsabilidad puede modificar la determinación del ente que resulte finalmente responsable de los daños, en el caso de que se estimara la presente reclamación de responsabilidad patrimonial y se concluyera que tuvieron su origen en causas no imputables a la Administración regional sino a la prestadora del servicio de transporte sanitario terrestre.

II. El artículo 67.1 LPAC determina que el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo.

En el presente supuesto, según se determina en el informe de autopsia que se ha aportado al procedimiento, el fallecimiento del familiar de los interesados se produjo el 22 de diciembre de 2016. Por tanto, la acción de

resarcimiento se interpuso el mismo día del siguiente año 2017 dentro del plazo de un año establecido al efecto y, por tanto, de manera temporánea.

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, si bien se advierte que se ha sobrepasado con un indeseable exceso el plazo de tramitación previsto en el artículo 91.3 LCAP, dado que se ha debido esperar prácticamente 6 años a que la Inspección Médica elaborase su informe.

De otra parte, conviene adelantar el sentido estimatorio de este Dictamen. Por ello, antes de que se proceda al abono de la indemnización, resulta necesario que el órgano instructor confirme la identidad correcta del hijo reclamante que ha comparecido en el procedimiento con el nombre de P, pues de la lectura del Libro de Familia que se ha aportado a las actuaciones se deduce que se llama, en realidad, P, como ya se ha advertido más arriba.

TERCERA.- Consideraciones particulares en materia de legitimación activa: Falta de legitimación de los hermanos reclamantes que concurren con los hijos del fallecido.

Las reclamaciones por daños morales se han formulado por cinco personas interesadas que son dos los hijos y tres de los hermanos del paciente fallecido, según se deduce de las copias de los dos Libros de Familia que se han traído al procedimiento.

No cabe duda de que los hijos del paciente fallecido gozan de legitimación activa para demandar un resarcimiento por los daños morales que se asocian con su pérdida, que no precisan de una acreditación específica toda vez que se presume sin dificultad la efectividad e intensidad del dolor causado por ese quebranto afectivo.

No obstante, la situación es diferente respecto de las legitimaciones de los tres hermanos mayores de edad asimismo reclamantes, que concurren con los dos descendientes y de quienes no consta su dependencia económica respecto del fallecido ni una especial o extraordinaria vinculación moral con él. En este supuesto, se debe hacer remisión a la doctrina que -aunque sentada en relación con casos de concurrencias entre progenitores y hermanos del fallecido- se contiene en nuestro reciente Dictamen núm. 130/2023 que, a su vez, se remite a la que recoge en el núm. 223/2020 en los siguientes términos:

"Como ha explicado el Consejo de Estado en su Dictamen núm. 643/2019, "la prelación en la legitimación guarda relación, por una parte, con el grado de parentesco que unía al reclamante con la persona fallecida y, por otra parte, con la efectividad de la relación afectiva entre unos y otros".

De ese modo, se advierte que el padre del fallecido está legitimado para deducir la pretensión indemnizatoria por la que solicita ser resarcido. No obstante, en relación con el hermano del fallecido, que era mayor de edad a la fecha del óbito y, asimismo, mayor que D. (...), según se infiere de la copia citada del Libro de Familia, se aprecia que no ha probado tal aptitud personal para ser parte en el presente procedimiento de responsabilidad patrimonial.

Así, conviene resaltar que -aunque lo haya alegado- no ha acreditado la concurrencia de circunstancias que permitan considerar justificado y existente un daño moral resarcible e individualizado, pues más allá de la mera convivencia, no ha probado que mantuviera un vínculo afectivo especial con su hermano menor fallecido ni mucho menos que dependiera económicamente de él. Como no ha demostrado la existencia de esas circunstancias (especial relación afectiva y dependencia económica) no cabe reconocerle la condición de perjudicado a los efectos de reclamar una indemnización ni, por tanto, la necesaria legitimación activa para pretender dicha reparación en concurrencia con su padre.

Según expone el Consejo de Estado en su Dictamen núm. 1.128/2005, "Los parientes más lejanos, como los hermanos o los tíos, que se sitúan en un segundo o tercer grado en línea colateral (artículos 916, 918 y 919 del Código Civil), carecen de legitimación si reclaman los más próximos y no acreditan una vinculación moral extraordinaria". O como también se explica en el Dictamen núm. 2.445/2007 del mismo Alto Cuerpo consultivo, "Salvo una prueba de una relación especial, más allá de la fraternidad, no cabe reconocerles [a los hermanos] legitimación activa para pretender una indemnización en concurrencia con sus padres".

Del mismo modo, aunque desde una perspectiva distinta, el Consejo de Estado restringe el concepto de perjudicado a los padres en detrimento de los hermanos mayores de edad de la víctima, cuando señala [en una reiterada doctrina que el Dictamen núm. 401/2014, de 26 de junio, de ese Alto Cuerpo consultivo, con cita de otros anteriores, concreta en la apreciación de] que "la regla general no consiste en indemnizar a toda persona que alegue daños morales (aunque verosímilmente los padezca), sino en escoger aquellos en quienes los daños son de mayor intensidad, y concretar en ellos la cuantía del resarcimiento. En el presente caso, a la vista de las circunstancias concurrentes, considera el Consejo de Estado que el derecho de indemnización de los hermanos debe ceder ante el de los padres" (Dictamen 468/2004).

En esa misma línea, el Consejo de Estado, en Dictamen 2.445/2007, citado y extractado en el ya indicado 643/2019, señalaba: "En efecto, un cierto perjuicio moral por el óbito puede alcanzar a la familia más allá de las personas más cercanas, en sucesivos círculos de trato y afecto, a los amigos, a compañeros de trabajo o de diversas actividades, a vecinos, y a un número grande de personas. No todos ellos, sin embargo, pueden probar un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado, susceptible de ser indemnizado. En Derecho este daño se configura con estos caracteres, sin necesidad de prueba, en el conjunto más cercano de familiares, pues resulta indudable que su daño es real y muy intenso en la generalidad de los casos. Por este motivo, cuando se reclama responsabilidad patrimonial por la muerte de un interno que carece de cónyuge y de descendientes, como parece ser el supuesto sometido a consulta, se acepta sin ulterior exigencia de prueba la legitimación de sus padres".

En nuestro Dictamen 231/2020, señalábamos que a los hermanos mayores de edad no les corresponde indemnización alguna, salvo que prueben que el fallecimiento les ha irrogado un perjuicio resarcible, para lo que será necesario indagar en la intensidad afectiva de la relación existente, pues sólo así podrá determinarse si existe verdadero daño moral o no, dado que éste no se identifica con un mero sentimiento de pena o pesar por la pérdida del familiar, sino que, por el contrario, ha de producir en quien lo sufre el desgarramiento afectivo propio de la muerte de los seres más cercanos, dotando a ese daño de una profundidad e intensidad particulares.

Así lo indica también la STSJ Madrid, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 9ª, núm. 139/2009 de 24 febrero, que rechaza la indemnización en favor de los hermanos mayores de edad de la víctima, en la medida que no acreditan la concurrencia de "ninguna circunstancia personal justificadora del daño moral por el que se reclama (tales como su convivencia y relación de afectividad con el fallecido, su dependencia económica del mismo, su condición de herederos, etc.), sin que, entiende la Sala, se les pueda considerar perjudicados por la mera relación de parentesco (...), pues ello supondría una interpretación extensiva en demasía de dicho concepto de

perjudicado". En el mismo sentido, el Consejo de Estado, en Dictamen 1224/2009, y la Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Civil, de 12 de febrero de 2008, según la cual "los hermanos también pueden ser perjudicados, siempre que a la relación de parentesco se añadan otros daños esenciales como la pérdida de la convivencia, la dependencia económica, u otros supuestos de parecida entidad que pierden su fuerza y eficacia en los casos de abandonos prolongados, desentendimiento de obligaciones familiares, rotura de esos vínculos, ignorancia de paradero u otras causas parecidas que suponen la rotura material y moral de aquéllos de manera voluntaria y consciente".

Ha de señalarse que, tras la reforma del sistema de valoración del daño sufrido por las personas en accidentes de circulación, los hermanos son reconocidos, de forma expresa y sin las matizaciones o exigencias adicionales señaladas en este Dictamen, como perjudicados por la muerte del familiar (art. 62 del Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor), mas ello no obsta a considerar que, en el concreto ámbito de la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública en el que aquel sistema opera únicamente como referencia orientativa en la cuantificación económica de las lesiones personales a efectos de su indemnización, las modulaciones jurisprudenciales que han venido dibujando las reglas de limitación, concurrencia y prelación en la legitimación de los familiares y allegados continúan hoy vigentes.

Dicha doctrina se acoge también por la STSJ de la Región de Murcia, Sala de lo Contencioso-Administrativo, nº 60/2017, de 17 de febrero".

Pues bien, a lo que ya se dijo entonces conviene añadir ahora que en el Dictamen del Consejo de Estado núm. 481/2016, de 20 de octubre, se concluye que *"La aplicación de la doctrina expuesta ha conducido en el dictamen 401/2014 citado y en otros muchos a desestimar las peticiones indemnizatorias formuladas por los hermanos del fallecido, al ceder su eventual derecho ante el de la viuda, descendientes o ascendientes en primer grado de la víctima"*.

De igual modo, también interesa hacer alusión en este momento a la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo (Sección 1ª) del Tribunal Superior de Justicia de Galicia de 25 de enero de 2023 en la que se recuerda que el principio básico en materia de reclamación de responsabilidad patrimonial es el de la acreditación de los perjuicios reclamados.

Además, se recuerda que el sistema para la valoración de los daños y perjuicios (como se denomina en la propia 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, que modificó el citado Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre) sólo se aplica a ese tipo de daños, ocasionados a las personas en accidentes de tráfico, y que su aplicación en supuestos de otra índole, como el presente, es meramente orientativa pero no imperativa.

En la resolución judicial citada se insiste en que, respecto de los hermanos de la fallecida, *"deben acreditarse esos perjuicios, debe acreditarse la condición de perjudicado, que no se acredita sólo por la relación de parentesco, ni por la tristeza derivada de un acontecimiento trágico como el sucedido en el presente caso. Esa tristeza es incuestionable.*

En el caso del hijo de D.ª F se acredita esa condición de perjudicado, pero no en el caso de los hermanos. [Al

margen de la normal relación entre hermanos existente], *no se ha acreditado que los hermanos de D.^a F conviviesen con ella ni dependiesen económicamente de ella*”.

Consecuencia de lo expuesto es que, en la medida en que los hermanos del fallecido no han acreditado la existencia de especiales circunstancias que permitan considerar justificado, como real y efectivo, un daño moral resarcible en los términos expresados (ni siquiera consta que convivieran con el fallecido), y concurriendo con los dos hijos de la víctima, no procede reconocerles la condición de perjudicadas a los efectos de reclamar su indemnización.

En consecuencia, como se dispone en la propuesta que se analiza, en la resolución finalizadora del procedimiento se deberá recoger lo expuesto y, en su parte dispositiva, denegar la legitimación activa a las referidas hermanas del fallecido.

CUARTA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

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

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de naturaleza objetiva, son recogidos por los artículos 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), y desarrollados por abundante jurisprudencia:

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

Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la

sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención 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 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 del sanitario ha de llevarse a cabo con sujeción a 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 e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle (Dictámenes números 49/01 y 97/03 del 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 una lesión, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo para determinar cuál es la actuación médica correcta, 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 (STS, Sala 3ª, de 14 de octubre de 2002). La *lex artis*, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

En este sentido, pues, debe concluirse 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).

QUINTA.- Sobre el fondo del asunto: Concurrencia de los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial sanitaria y de las causas de producción de los daños morales.

I. Ya se ha expuesto que los reclamantes legitimados solicitan que se les reconozca el derecho a percibir una indemnización total de 100.000 € como consecuencia del daño moral que les produjo el fallecimiento de su padre, en su domicilio, debido a un edema pulmonar secundario a una insuficiencia cardiaca, por no haber sido trasladado en ambulancia al HGUSL para que fuese valorado y tratado de las patologías que presentaba en un primer momento.

A juicio de los interesados, resulta clara la actuación negligente del equipo médico de la ambulancia asistencial del SUAP, ya que abandonó el domicilio del paciente antes de que viniera la ambulancia no asistencial para trasladarlo al citado hospital.

De igual forma, consideran negligentes las actuaciones del primer operador del CCU del Servicio de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061 y del conductor de la ambulancia no asistencial que recibió el encargo de realizar el traslado y, no obstante, no llegó realizarlo porque interpretó erróneamente que, como ya lo había visto el médico del SUAP, no tenía que llevarlo al HGUSL.

Pues bien, una vez analizada la documentación clínica que se ha aportado al procedimiento y el informe valorativo que ha realizado la Inspección Médica, y escuchadas las grabaciones de las llamadas que se realizaron y que se contienen en el CD recibido, entiende este Órgano consultivo que la asistencia que el equipo sanitario del SUAP de Los Dolores le dispensó al enfermo fue correcta puesto que no advirtieron que el paciente se encontrase en una situación de riesgo vital urgente que motivase su traslado inmediato.

Por esa razón, fue lógico que solicitaran que el traslado al hospital se realizase en una ambulancia no asistencial, para que ellos quedaran entonces libres para poder realizar otro servicio.

II. La apreciación, sin embargo, difiere respecto de la intervención del CCU del 061, cuyo funcionamiento fue claramente anormal y constitutivo de una actuación manifiestamente negligente. Y ello, ya antes de que se produjeran los hechos concretos que motivaron este suceso luctuoso, cuando se permitió que -en un primer momento- un operador en prácticas de formación se ocupase de las actividades del centro coordinador sin estar debidamente supervisado por un tutor dado que, como se detalla en el informe de la Inspección Médica y corrobora este Consejo Jurídico, en ningún momento se oye en la grabación hablar a ese posible responsable ni corregir la asistencia. La consecuencia de ese proceder gravemente negligente es que se materializaron los posibles riesgos que podía llevar consigo:

El primero, que el mensaje que se le dirigió al conductor de la ambulancia no fue correcto, porque no se le confirmó la asignación del encargo, con los datos del paciente, la dirección del domicilio, la situación, el estado y el centro hospitalario al que se le debía trasladar. Pero es que, a mayor abundamiento, fue equívoco, ambiguo y confuso, y permitió que el conductor alcanzase una interpretación errónea de lo que, en realidad se le estaba encomendando. De hecho, consideró que el aviso se había anulado. Esto es lo que se deduce de la escucha del audio titulado *20161222-19h03m36s-P65 - Llama A 1602.mp3*.

El segundo, y aún más grave si cabe, es que cuando más de dos horas después (a las 19:03 h) el conductor contactó de nuevo con el CCU para advertir de que no se le estaban asignado servicios, la operadora entonces del 061 no se percató (pese a la información informática de la que disponía) de que el traslado al HGUSL no se había realizado y, por el contrario, admitió que el servicio -como le decía el conductor- había sido anulado e imputó la circunstancia de que siguiera apareciendo en el sistema al hecho de que el primer operador que le había dado el aviso *“era de formación”*. Como consecuencia, le asignó otro servicio distinto sin darse cuenta, hay que insistir, de que el traslado no se había llevado a efecto.

Es evidente que en ese momento todavía se tuvo la capacidad de reaccionar y de instar que se efectuase el traslado del enfermo luego fallecido. No hace falta señalar que en el informe forense se concluye que la muerte debió producirse entre las 21:00 y las 23:00 h de ese día. Hay que entender que, por tanto, hubiera posible haberlo atendido en el hospital cuando sufrió la insuficiencia cardíaca.

No cabe duda entonces de que las negligencias de los operadores fueron dobles, porque incurrieron en ellas dos personas distintas y en dos momentos también diferentes, y extraordinariamente graves. Por lo tanto, el funcionamiento anormal del Servicio de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061 fue evidentemente anormal y posibilitó que se incurriese en dos comportamientos negligentes que no fueron debidamente advertidos y corregidos.

Pero es que también fue negligente el comportamiento del conductor de la ambulancia que, a pesar de que el aviso que recibió fue claramente confuso, no solicitó las aclaraciones y las confirmaciones necesarias en ese momento. De hecho, ya se ha apuntado que tardó más de dos horas en reaccionar y percatarse de que no le estaban llegando otros avisos para realizar otros traslados.

Pero es que es posible considerar que no debió haber entendido con tanta facilidad que, como el médico del SUAP ya había atendido al paciente, él no tenía que llevarlo al hospital. De hecho, en las Diligencias Previas admitió que era frecuente que lo avisasen para el traslado de un enfermo *“aun estando siendo atendido por los servicios sanitarios en ese domicilio”*. O a pesar de que ya lo hubiesen atendido, hay que añadir en este caso.

La negligencia del conductor se hace más palpable porque admitió en su informe que pensó que se había producido la *“confusión por cualquier becario en prácticas”* y que por esa razón no le dio importancia. Quizá hubiera más razonable y adecuado haber entendido que, como era evidente que en el CCU estaba interviniendo un becario, debían extremarse las precauciones y pedir las aclaraciones y confirmaciones necesarias para no incurrir en el error como el que se cometió.

III. No cabe duda de que en este caso concurrieron esas dos causas (o culpas) en la producción del grave resultado dañoso que se ha mencionado, pero que la actuación negligente de la Administración sanitaria es tan acusada en este supuesto que debe absorber la mayor parte del reproche de culpabilidad. Así pues, la citada Administración deberá asumir el 75% de la indemnización que procede conceder a los interesados y la compañía contratista del transporte en ambulancia el otro 25%.

SEXTA.- Acerca del quantum indemnizatorio.

I. Admitida la efectividad de la lesión, y establecida su conexión causal con el funcionamiento del servicio público sanitario, procede analizar la valoración del daño producido y la cuantía y el modo de la indemnización. Y se deben apuntar, para ello, las tres consideraciones iniciales siguientes:

a) La primera es que, aún de modo orientativo, resulta de aplicación en este supuesto el sistema de valoración que se contempla en el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, que fue modificado como ya se señalado -particularmente con la introducción de un nuevo Anexo- por la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, tantas

veces citada, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

b) En este caso, dado que, de acuerdo con lo previsto en la Disposición adicional quinta, la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, entró en vigor el 1 de enero de 2016, y con ella el Anexo que incorpora, no se necesita realizar actualización alguna de las cuantías indemnizatorias que se recogen en el sistema. En consecuencia, procede su aplicación directa, ya que el hecho dañoso se produjo en 2016.

c) La tercera es que los interesados legitimados, que presentan la solicitud de indemnización asistidos por un abogado, no demandan que se les indemnice por el perjuicio patrimonial básico (daño emergente) que pudieron sufrir, y que se fija en 400 € para cada perjudicado en la Tabla 1.C del Anexo, sin necesidad de justificación.

Por esta razón, sólo procede resarcir a los dos reclamantes mencionados (Categoría 3 de la Tabla 1.A) por los perjuicios personales básicos que se les irrogaron, y por los que expresamente reclaman, con la cantidad de 50.000 € a cada uno, dado que al tiempo del fallecimiento de su padre los dos eran mayores de 20 años, pero menores de 30.

Así pues, la cuantía total de la indemnización que procede reconocer en este caso se eleva a 100.000 €.

II. Llegados a este punto, resulta necesario detenerse brevemente en el análisis del motivo de *ponderación* de la indemnización que se menciona en la propuesta de resolución y en cuya virtud se reconoce sólo un 15% de la cantidad antes señalada. Por tanto, a los interesados ya citados les correspondería percibir una indemnización total de tan sólo 15.000 €.

Este planteamiento encuentra su razón de ser en el hecho de que la médica de la División Médica de la correduría de seguros del SMS sostiene en su informe (Antecedente decimosexto de este Dictamen) que *“la mortalidad del paciente por su patología previa era del 85%”*.

Sin embargo, esta consideración no puede admitirse por tres razones:

a) La primera es que ya ha expuesto este Consejo Jurídico de manera reiterada y constante en numerosos Dictámenes que no puede realizarse un cálculo de probabilidad para minorar una indemnización en aquellos casos en los que no haya duda de que se incurrió en una infracción manifiesta de la *lex artis*, sino que debe concederse en su integridad o total extensión el resarcimiento que corresponda.

Es cierto que en este caso no se imputa el mal funcionamiento del servicio sanitario a una actuación médica, sino precisamente a su omisión como consecuencia del abandono en el que se dejó al paciente por no trasladarlo a un centro hospitalario para que fuese atendido adecuadamente. Y que ese funcionamiento anormal del servicio público, que es más que seguro que fue lo que motivó la muerte de un paciente de 51 años, se debió a una manifiesta negligencia asistencial, equivalente a una infracción absoluta de la *lex artis ad hoc*. En este tipo de

casos, no existe razón alguna que sirva para fundamentar una minoración de la indemnización que proceda reconocer.

b) A lo anterior hay que añadir que la perita médica no ha justificado en su informe de alguna manera, con algún tipo de estudio o estadística médica, que el riesgo de que el paciente falleciera debido a la situación clínica en que se encontraba -la *patología previa* a la que se refiere- fuera *per se* de un 85%. Por tanto, su propuesta de reducción de la indemnización ni es objetiva ni está justificada debidamente y tan sólo parece obedecer a su intención de minorarla de cualquier forma.

c) Por si lo expuesto no fuese suficiente -que lo es-, hay que hacer alusión a la tercera consideración se plantea puesto que la médica de la División Médica de la correduría de seguros entiende que, para calcular la indemnización, hay que tener en cuenta la *patología previa* que afectaba al enfermo. Pese a ello, surgen dos posibles interpretaciones acerca de que patología debiera tomarse en consideración para ello.

Por lo que se refiere a la primera de ellas, no hay que olvidar la respuesta que la médica forense ofreció al fiscal en su informe complementario fechado el 6 de junio de 2017, y que se recoge en el testimonio de las Diligencias Previas que se siguieron en sede judicial por esta desgracia y que se han incorporado al expediente administrativo.

A la pregunta del fiscal sobre si, aunque se hubiese trasladado debidamente al enfermo a un hospital, su fallecimiento hubiese sido inevitable, la forense respondió que *“los síntomas observados en el momento de la asistencia en su domicilio y origen de la llamada no guardan relación con el inicio de una insuficiencia cardiaca aguda que fue lo que finalmente originó el fallecimiento”*.

Es evidente, por tanto, que la situación en la que se encontraba el paciente cuando debió ser trasladado a un centro hospitalario era distinta de aquella que motivó su posterior muerte por fallo cardiaco. Si esa era la *patología previa* a la que se refiere la médica de la correduría de seguros, está claro que no hay relación de causalidad adecuada entre el estado del paciente en aquel momento y su posterior fallecimiento. Por los síntomas que presentaba en su domicilio, el riesgo de que el padre de los reclamantes falleciese más tarde como consecuencia de un infarto no eran del 85%.

Pero, en un segundo orden de cosas, hay que reconocer con la Inspección Médica (punto 5 del *Resumen* que se contiene en su informe) que si se hubiese trasladado al paciente al hospital y allí se hubiese producido el fallo cardiaco se podría haber instaurado un tratamiento. No es posible saber, no obstante, si hubiera sido eficaz y se hubiese evitado el óbito. Esto es evidente.

También coincide con ello la médica forense cuando en la segunda parte de su respuesta al fiscal manifiesta que *“En el caso de haber presentado el fallo cardiaco durante su estancia en el hospital, se habrían podido instaurar medidas terapéuticas, aunque no es posible saber si estas medidas terapéuticas hubieran podido evitar el fallecimiento del informado o si éste hubiera sido inevitable”*.

Si lo que la perita médica trató de decir en su informe es que cuando se manifiesta una hipertrofia cardiaca severa,

esto es, esa posible *patología previa* a la que se refiere, la muerte en un hospital se produce el 85% de los casos bien podía haberlo fundamentado, como se ha apuntado con anterioridad.

Pero de lo que no cabe duda es de que, por no haberlo llevado al hospital, se produjo el fallecimiento posterior del enfermo por infarto. Eso es seguro. Por tanto, esa sí que fue la causa necesaria al 100% de la muerte y esa es la razón de que se deba reconocer el derecho a percibir el necesario resarcimiento económico en ese mismo porcentaje del 100%.

III. En otro sentido, hay que reiterar que procede indemnizar a los reclamantes con la suma de 100.000 €. Pero de esa cantidad, en atención a la concurrencia de causas que se entiende acreditada en este supuesto, la Administración sanitaria debe satisfacer 75.000 € y la compañía contratista citada los 25.000 € restantes.

Finalmente, conviene recordar que dicha cantidad deberá actualizarse de acuerdo con lo que se establece en el artículo 34.3 LRJSP.

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

CONCLUSIONES

PRIMERA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución en tanto que desestima, por falta de legitimación activa, las reclamaciones formuladas por los tres hermanos del paciente fallecido.

SEGUNDA.- De igual modo, en cuanto al fondo, se dictamina favorablemente la propuesta de resolución estimatoria por existir un nexo causalidad adecuado entre el funcionamiento anormal del servicio sanitario regional y los daños morales por los que se reclama, cuya antijuridicidad se ha demostrado convenientemente.

TERCERA.- Acerca de la distribución de la cuota de responsabilidad que corresponde asumir a la Administración sanitaria y a la contratista debe estarse a lo que se expone en el apartado III de la Consideración Quinta.

CUARTA.- En lo que atañe a la determinación de las cuantías con las que debe resarcirse a los reclamantes legitimados deben atenderse las apreciaciones que se recogen en la Consideración Sexta.

No obstante, V.E. resolverá.