

Dictamen n.º: **482/24**  
Consulta: **Consejera de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **30.07.24**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 30 de julio de 2024, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por la consejera de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña. .... (en adelante “*la reclamante*”), por los daños y perjuicios sufridos por el fallecimiento de su madre, Dña. .... (en adelante “*la paciente*”), que atribuye al retraso en la asistencia sanitaria dispensada por el SUMMA 112.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** El día 22 de diciembre de 2022, la persona citada en el encabezamiento, presenta un escrito en el que formula reclamación de responsabilidad patrimonial frente al Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) por los daños sufridos por el fallecimiento de su familiar.

Según expone la reclamación, la paciente que tenía un cáncer metastásico de páncreas y recibía cuidados paliativos, se encontraba en su domicilio el día 24 de diciembre de 2021, cuando comenzó a sentirse muy mal y con dificultades para respirar, y uno de sus hermanos llamó al 061 a las 15.33 horas indicando cuál era la situación médica de la paciente

(tratada en el Hospital Universitario de Getafe), su medicación y que estaba en *tratamiento “PAL24”* de cuidados paliativos en domicilio. Señala que la persona que atendió la llamada informa *“que ha enviado un médico y una ambulancia al domicilio”*, pero que dadas las fechas (era el día de Nochebuena) y la sobrecarga de trabajo por COVID *“podría tardar en llegar”*.

El escrito de reclamación detalla que, ante el empeoramiento de su madre, sus dos hermanos se desplazaron al domicilio y una de ellas -una hora y quince minutos después de la primera llamada- volvió a llamar al 061, fue atendida por un facultativo, y que la paciente, en un momento de la conversación, tuvo ocasión de hablar con el médico que atendía la llamada; éste informa que ha cursado la orden de enviar una ambulancia y un médico.

Continuando con el relato fáctico de la reclamación, el escrito refiere que *“a las 17:01 horas se recibe en el terminal de mi tía una llamada del número ..., en la que el médico que atiende, que conoce el caso, vuelve a valorar cómo sigue mi madre. Indica que han cursado hace ya mucho tiempo una orden para que vaya una ambulancia, pero que puede que tarden todavía, y que valoremos si fuese mejor que intentemos trasladarla nosotros al hospital directamente. Nos dice que si la llevamos nosotros, llegaríamos antes”*.

La reclamante refiere que, por las características de su madre y su situación, desecharon esa posibilidad, y que se vuelve a llamar a dicho número fijo, en dos ocasiones, a las 17:12 y a las 17:14 horas, y que les informan que la ambulancia está en camino. Y finalmente, a las 17:20 horas se recibe en el móvil de su tía una llamada de dicho número fijo, en el que indican *“que falta poco para que llegue la ambulancia”*.

Pero que la paciente está casi en un estado de asfixia, empieza a vomitar y pierde la consciencia; el facultativo al teléfono recomienda *“que*

*le pongamos de lado, y que la tiremos al suelo para hacerle reanimación cardiopulmonar hasta que llegue el equipo médico”.*

Por último, refiere que a eso de las 17:25 horas, el médico entra en la casa, y desde el teléfono se da por finalizada la llamada. *“El doctor mide la tensión y dice que ha fallecido. Y ante nuestra insistencia, junto con otras dos personas de refuerzo que acaban de entrar en la vivienda, pasan a realizar el masaje cardiovascular durante aproximadamente 30 minutos, y entre medias llaman para solicitar una UVI móvil”.*

Se reprocha que, por causa imputable a los servicios públicos de la Administración, se produjo el fallecimiento de su familiar, trascurriendo casi dos horas desde la primera llamada al 061 hasta la llegada a la vivienda de los efectivos del SUMMA.

La reclamante solicita una indemnización de 187.551,55 euros. Se acompaña a su escrito, copia de su DNI; copia de la inscripción del nacimiento de la reclamante en el registro civil; copia del libro de familia de la fallecida; copia de las escrituras notariales de declaración de herederos y de manifestación de herencia y la documentación a éstas incorporada; copia de la pantalla de un teléfono móvil con el registro de llamadas; copia del certificado de defunción expedido por el médico del SUMMA; documentación médica de la paciente; declaración del IRPF del ejercicio 2021 de la fallecida; carta del Departamento de Atención al usuario del SUMMA 112 dirigida a la hermana de la fallecida (folios 1 a 93 del expediente).

**SEGUNDO.-** Del estudio del expediente resultan los siguientes hechos, de interés para la emisión del presente dictamen:

1.- La paciente de 59 años de edad en el momento de los hechos, presentaba como antecedentes de interés -entre otros- asma bronquial, artritis reumatoide, glucemia basal, hipotiroidismo, hipertensión arterial y

obesidad de grado 3. Era atendida por los Servicios de Medicina Digestiva y Oncología del Hospital Universitario de Getafe, siendo diagnóstica en el mes de agosto de 2021, de cáncer de páncreas metastásico (grado IV) y estaba en tratamiento oncológico.

Acude el 21 de diciembre de 2021, a la consulta de la Unidad de Cuidados Paliativos del citado hospital (folios 151 y ss.), en que se pauta medicación, y próximo contacto telefónico para valorar la situación tras la paracentesis realizada ese día.

El 23 de diciembre de ese año, consta la atención telefónica (folio 50) de la misma doctora que en la Unidad de Cuidados Paliativos: *“dolor controlado. El síntoma principal es astenia muy severa, pasa la mayor parte del tiempo tumbada y ha precisado ayuda para actividades básicas”*.

2.- El 24 de diciembre de 2021, a las 15.31 horas, se recibió una llamada telefónica en el Servicio Coordinador de Urgencias del SUMMA 112 (SCU) efectuada por el hermano de la paciente, transferida al Servicio de PAL24, Servicio de Paliativos, a las 15:33 horas.

A las 16:49 horas, se recibe una llamada desde el domicilio, solicitando una ambulancia para el traslado al hospital, por empeoramiento de la paciente. Se activa el recurso a las 16:55 horas, y la Unidad de Atención Domiciliaria (UAD) se activa a las 16.57 horas.

A las 17:11 y 17:13 horas, llaman desde el domicilio, reiterando la petición de médico y de ambulancia por empeoramiento. En ella se les informa que, *“tanto el médico como la ambulancia, están ya de camino al domicilio, aunque no es posible precisar el tiempo que van a tardar en llegar”*. Es en ese momento en el que el familiar informa que D<sup>a</sup> (...) no respira, iniciándose la reanimación por vía telefónica dirigida por un médico desde el SCU. Este dato de situación de parada cardiorrespiratoria, se transmite al médico de la UAD; a las 17:12 h se activa una ambulancia

urgente; el vehículo de Intervención Rápida, (VIR) se activa a las 17:45 horas (sic) para que acuda al domicilio.

La UAD llega al domicilio a las 17:21 h y la ambulancia urgente a las 17:28 h. El VIR llega al lugar de intervención a las 17:28 horas.

3.- Cuando llega el primer recurso médico (UAD) al domicilio, se inician las maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada, continuadas hasta la llegada del recurso avanzado, momento en el que tras el tiempo de reanimación transcurrido y la ausencia de signos vitales, se decide suspender las maniobras, procediéndose a extender el certificado de defunción.

El certificado de defunción (folio 102) certifica la hora de la muerte a las 17.30 horas del 24 de diciembre de 2021; siendo la causa inmediata la parada cardiorrespiratoria y la causa principal: adenocarcinoma de páncreas metastásico.

**TERCERO.-** Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del expediente, conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 81 de la LPAC, se ha incorporado al expediente un informe, de la directora médica de Transporte del SUMMA 112, de 19 de enero de 2023, que detalla las horas de recepción de las llamadas telefónicas y de la activación de los recursos sanitarios, así como de llegada al lugar de intervención. Y finaliza diciendo que *“desgraciadamente, como ya se le transmitió a D<sup>a</sup>. ..., hermana de la paciente fallecida, en contestación a la reclamación presentada por ésta, pese a haber intentado prestar a D<sup>a</sup>. ... todos los procedimientos proporcionales a la situación clínica que padecía, en cada momento, no obtuvieron el resultado deseado”*.

Se adjuntan al informe, los dos informes clínicos de los facultativos del SUMMA 112 que atendieron ese día a la paciente fallecida y el de Enfermería, así como, el certificado de defunción.

El día 29 de noviembre de 2023, emite informe la Inspección Sanitaria que, realiza consideraciones teóricas sobre los cuidados paliativos, refiere que “hay un decálogo de cuidados paliativos” que transcribe, y en el juicio crítico señala que *“cuando llama a las 16,49 se pone una gran maquinaria en marcha de la que los madrileños debemos estar orgullosos se moviliza un médico para ir al domicilio que llega al domicilio un médico de la UAD que llega al domicilio (sic) a las 17,21 (treinta minutos después de llamar), un vehículo de intervención rápida (VIR) y una ambulancia que llegan la domicilio a las 17,28”*.

Y concluye que es adecuada la asistencia recibida en el domicilio el día de Nochebuena por la tarde, de un paciente en estado terminal que sus familiares han desestimado llevar al hospital para recibir la asistencia que su situación pueda precisar.

Notificado el trámite de audiencia, el día 12 de febrero de 2024, la reclamante presenta su escrito de alegaciones en el que incide en los términos de su reclamación inicial, manifestando su oposición al informe de la Inspección, indicando que hace consideraciones parciales y sesgadas de lo acaecido. Incide en el hecho cierto de que *“a las 15:52 horas que se había activado la petición ... sin que ésta apareciera hasta las 17:28 horas, es decir, pasadas una hora y 56 minutos”*. Reprocha que el inspector no haga referencia alguna a este espacio de tiempo y a la incidencia que pudiera tener la demora en el desenlace final de su familiar. Además, critica que el inspector haga, sin embargo, referencia a cuestiones ajenas al caso relativas a la propia interesada, a la herencia de su madre fallecida, o a los testigos en la escritura notarial de declaración de herederos.

Adjunta la contestación recibida por su tía (hermana de la fallecida) procedente del Defensor del Pueblo, el día 10 de julio de 2023, cuya

conclusión segunda es: *“la demora en la atención presencial de la paciente, solicitada por el Servicio de Paliativos, que supera hora y media, no se compadece con la obligación que incumbe al Sistema Público Sanitario de garantizar no sólo el contenido nominal de las prestaciones, sino también la forma de obtención de las mismas en lo referente a tiempo y accesibilidad”.*

Con fecha 13 de junio del presente año, la viceconsejera de Sanidad y directora general del SERMAS formula propuesta de resolución que interesa la desestimación de la reclamación, al no concurrir los presupuestos legalmente establecidos para que pueda surgir responsabilidad patrimonial de la Administración.

**CUARTO.-** Por escrito de la consejera de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 25 de junio de 2024 se formuló preceptiva consulta a este órgano consultivo.

La solicitud de consulta del expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora con el n.º 440/24, ha correspondido a la letrada vocal, Dña. Silvia Pérez Blanco, que formuló la propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en la sesión indicada en el encabezamiento de este dictamen.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

### **CONSIDERACIONES DE DERECHO**

**PRIMERA.-** La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a quince mil euros y por solicitud de la consejera de

Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

Este dictamen se emite en el plazo legal.

**SEGUNDA.-** La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada, se regula en la LPAC con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 32.1 de la LRJSP, en cuanto hija de la persona que recibió la asistencia sanitaria que consideran incorrecta y cuyo fallecimiento le ocasionó un indudable daño moral.

Su parentesco ha quedado acreditado con la copia del libro de familia, de la inscripción del nacimiento de la reclamante en el Registro Civil, y copia de los DNI de la madre y la hija.

Se cumple, igualmente, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, por cuanto el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado por el Servicio de Emergencias del SUMMA 112, cuya titularidad corresponde a la Comunidad de Madrid.

En lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 de la LPAC el derecho a reclamar responsabilidad patrimonial a la Administración prescribe al año de

manifestarse el efecto lesivo y de que se haya determinado el alcance de las secuelas.

En el presente caso, ocurrido el fallecimiento de la paciente el 24 de diciembre de 2021, no hay duda de que la reclamación presentada el 22 de diciembre de 2022, ha sido formulada en plazo legal.

El procedimiento seguido no adolece de ningún defecto de anulabilidad o nulidad, por cuanto se han llevado a cabo todas las actuaciones necesarias para alcanzar adecuadamente la finalidad procedimental y, así, se ha solicitado el informe preceptivo previsto en el artículo 81 de la LPAC, esto es, al SUMMA 112.

Asimismo, consta el informe a la Inspección Sanitaria. Después de la incorporación de los anteriores informes se realizó el trámite de audiencia a la interesada, que ha efectuado alegaciones.

Finalmente, se ha dictado la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

**TERCERA.-** La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 106.2 de la Constitución Española y garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos.

Según constante y reiterada jurisprudencia, el sistema de responsabilidad patrimonial presenta las siguientes características: a) unitario: rige para todas las Administraciones; b) general: abarca toda la actividad -por acción u omisión- derivada del funcionamiento de los servicios públicos, tanto si éstos incumben a los poderes públicos, como si son los particulares los que llevan a cabo actividades públicas que el ordenamiento jurídico considera de interés general; c) de responsabilidad

directa: la Administración responde directamente, sin perjuicio de una eventual y posterior acción de regreso contra quienes hubieran incurrido en dolo, culpa, o negligencia grave; d) objetiva, prescinde de la idea de culpa, por lo que, además de erigirse la causalidad en pilar esencial del sistema, es preciso que el daño sea la materialización de un riesgo jurídicamente relevante creado por el servicio público; y, e) tiende a la reparación integral.

Para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran alterar dicho nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor, y d) que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios.

En este sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2022 (recurso 771/2020), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, *«el hecho de que la responsabilidad extracontractual de las Administraciones públicas esté configurada como una responsabilidad objetiva no quiere decir, ni dice, que baste con haber ingresado en un centro hospitalario público y ser sometido en el mismo al tratamiento terapéutico que el equipo médico correspondiente haya considerado pertinente, para que haya que indemnizar al paciente si resultare algún daño para él. Antes, al contrario:*

*para que haya obligación de indemnizar es preciso que haya una relación de nexo causal entre la actuación médica y el daño recibido, y que éste sea antijurídico, es decir: que se trate de un daño que el paciente no tenga el deber de soportar, debiendo entenderse por daño antijurídico, el producido (cuando) no se actuó con la diligencia debida o no se respetó la lex artis ad hoc.*

*En consecuencia, lo único que resulta exigible a la Administración Sanitaria “... es la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en este tipo de responsabilidad es una indebida aplicación de medios para la obtención de resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente” ( STS Sección 6ª Sala C-A, de 7 marzo 2007).*

*En la mayoría de las ocasiones, la naturaleza jurídica de la obligación de los profesionales de la medicina no es la de obtener en todo caso la recuperación de la salud del enfermo, obligación del resultado, sino una obligación de medios, es decir, se obligan no a curar al enfermo, sino únicamente a dispensarle las atenciones requeridas, según el estado de la ciencia (SSTS de 4 de febrero y 10 de julio de 2002 y de 10 de abril de 2003).*

*En definitiva, el título de imputación de la responsabilidad patrimonial por los daños o perjuicios generados por el funcionamiento normal o anormal de los servicios de asistencia sanitaria, no consiste sólo en la actividad generadora del riesgo, sino que radica singularmente en el carácter inadecuado de la prestación médica llevada a cabo, que puede producirse por el incumplimiento de la lex artis o por defecto, insuficiencia o falta del servicio.*

*A lo anterior hay que añadir que no son indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido evitar o prever según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento que se producen aquéllos, de suerte que si la técnica empleada fue correcta de acuerdo con el estado del saber, el daño producido no sería indemnizable por no tratarse de una lesión antijurídica sino de un riesgo que el paciente tiene el deber de soportar y ello aunque existiera un nexo causal.*

*En la asistencia sanitaria el empleo de la técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido ya que cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si a pesar de ello causó el daño o más bien pudiera obedecer a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente».*

**CUARTA.-** Aplicada la anterior doctrina al presente caso, resulta acreditado el fallecimiento del familiar de la reclamante, que provoca un “daño moral cuya existencia no necesita prueba alguna y ha de presumirse como cierto” (Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de noviembre de 2004 -recurso 7013/2000-).

Una vez determinado el daño en los términos expuestos, procede analizar la concurrencia de los demás requisitos necesarios para reconocer la existencia de responsabilidad patrimonial.

La reclamante reprocha la asistencia sanitaria prestada por el SUMMA 112, al entender que hay una demora injustificable desde las primeras llamadas realizadas hasta la llegada de la ambulancia y del personal médico al domicilio. En cuanto a la atención telefónica recibida, manifiesta expresamente que en general, fue correcta.

Para centrar la cuestión relativa a la supuesta demora por parte del SUMMA 112, debemos partir de lo que constituye regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación.

Como es sabido, y así lo destaca, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2020 (recurso 829/2017) *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica y este Tribunal carece de los conocimientos técnicos-médicos necesarios, por lo que debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos, bien porque las partes hayan aportado informes del perito de su elección al que hayan acudido o bien porque se hubiera solicitado la designación judicial de un perito a fin de que informe al Tribunal sobre los extremos solicitados”*.

En el presente caso, la reclamante no aporta una prueba pericial que demuestre que la actuación del SUMMA 112 fuera contraria a la *lex artis*, y que el fallecimiento de su familiar fue debido al retraso denunciado, por lo que debemos acudir al material probatorio del expediente y a los informes que obran en el mismo.

Así, se observa que el informe de la directora médica de Transporte del SUMMA 112 se limita a dar cuenta de los datos de la asistencia telefónica, de la movilización de los recursos y de la llegada de dichos recursos al lugar; y finaliza reconociendo que, pese a que se intentó prestar en cada momento la atención adecuada a la paciente, no dio el resultado deseado.

Por su parte, la Inspección concluye que, dado que era el día de Nochebuena por la tarde, y que se trataba de una paciente en estado *terminal*, la asistencia fue correcta y adecuada.

En base a lo informado por la Inspección Sanitaria, la propuesta de resolución plantea la desestimación de la reclamación al considerar que la actuación del SUMMA 112 fue conforme a la *lex artis ad hoc*.

Sin embargo, tras el examen completo de expediente, no puede compartirse este criterio, pues el informe del servicio implicado no da una explicación a lo reprochado, y el de la Inspección Sanitaria no aborda los tiempos de espera en relación con la sintomatología que presentaba la enferma en ese momento, y su influencia (o no) en el fatal desenlace, que es lo que constituye el objeto de la reclamación.

En efecto, es de advertir que la mayor parte del informe de la Inspección se dedica a efectuar unas consideraciones médicas totalmente teóricas sobre los cuidados paliativos, en las que ni siquiera cita la fuente del Decálogo que transcribe, y que ni son objeto de debate, ni las aplica tampoco al caso. Y sobre el hecho reprochado, esto es la demora asistencial, manifiesta que desde la llamada a las 16:49 horas hasta que llega al domicilio el primer recurso a las 17:21 horas, han transcurrido treinta minutos (sic). Cuando es lo cierto que hay una primera llamada a las 15:31 horas, que fue transferida al llamado Servicio de Paliativos<sup>24</sup>, sin que se mencione. Y en todo caso, el transcurso del tiempo es de 32 minutos desde la concreta llamada de las 16:49 horas hasta la llegada del primer recurso asistencial.

Por otra parte, efectúa una valoración que no tiene soporte documental, dado que se desconoce el contenido de las llamadas por lo que no puede afirmarse “*que sus familiares han desestimado llevar al hospital para recibir la asistencia que su situación pueda precisar*”, siendo lo único sabido lo que la reclamante manifiesta en su escrito inicial, que se les informó de que, dada la presión asistencial de ese día, sería mejor que sus familiares la llevaran al hospital. En este punto, no puede desconocerse lo que figura en la historia clínica: obesidad de grado 3 y cáncer en grado IV con cuidados paliativos, que desde luego no parece lo

más oportuno un traslado que no fuera en una ambulancia a su hospital que está en otro municipio (Getafe).

Así las cosas, la cuestión de la demora asistencial y su relación con el desenlace fatal, no encuentra explicación en el procedimiento.

En este contexto, no resulta difícil entender que la asignación de un recurso sanitario adecuado, desde la primera llamada a las 15.31 horas o en todo caso, la de las 16.49 horas (demandando ya un médico y ambulancia con urgencia) con tiempos medios de respuesta de 16 minutos 40 segundos en el año 2021, según resulta del informe del Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud en relación con el SUMMA 112, 2019-2021, y el traslado a un hospital podría haber -quizás- dado otro resultado distinto. O en todo caso, haber evitado la angustia durante horas de los familiares de la paciente esperando a que llegara la ambulancia y mientras tanto, teniendo ellos que, en un determinado momento, seguir las instrucciones telefónicas del médico para tratar de revertir la situación de la asfixia que se estaba produciendo.

No constituye obstáculo a la estimación de la reclamación, el hecho que la paciente estuviera “terminal” como dice el inspector, pues el hecho de estar en cuidados paliativos debidamente aprobados, no le hace perder la asistencia médica necesaria a su estado.

En definitiva, como recoge la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 28 de junio de 2023 (recurso 1199/2021) *“aun admitiendo que se trata de un caso de atención telefónica, de atención urgente, que son miles las llamadas que se reciben en el SUMMA 112, la dificultad de realizar un diagnóstico certero a través de la atención telefónica, la dificultad de entablar un diálogo preciso con el paciente por vía telefónica, la dificultad de conocer con certeza los signos y síntomas que presenta el paciente como consecuencia de la atención telefónica, el tiempo limitado del que disponen los facultativos del SUMMA, que hay que tomar*

*decisiones muy rápidas en pocos segundos, y, en definitiva, aun admitiendo la dificultad de realizar un diagnóstico correcto mediando dichas limitaciones”.*

Es decir, aplicando esta sentencia al caso que ahora nos ocupa, y aun admitiendo la presión asistencial en esas fechas, vemos que han existido demoras (que hemos puesto de manifiesto en el antecedente de hecho segundo, punto 2), que no han encontrado explicación ni por parte del SUMMA 112, ni de la Inspección, y que nos llevan a concluir que la actuación sanitaria podría haber sido otra.

Nos encontramos ante un supuesto que se caracteriza “*por la incertidumbre acerca de si la actuación médica omitida pudiera haber evitado o minorado el deficiente estado de salud del paciente*” [Sentencia del Tribunal Supremo de 24 de septiembre de 2018 (recurso 976/2016)].

Así pues, se trata de un daño antijurídico, puesto que, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la Medicina, los ciudadanos deben contar, frente a sus servicios públicos de la salud, con la garantía de que, van a ser tratados con la diligencia debida, aplicando los medios y los instrumentos oportunos.

Esta Comisión ha dictaminado en diversos supuestos en los que han existido demoras indebidas e injustificadas en la remisión de recursos sanitarios por parte del SUMMA 112, como es el caso de los dictámenes 491/20, de 27 de octubre; 565/20, 22 de diciembre; 541/23, de 10 de octubre; o en el presente año, 52/24, de 8 de febrero.

**QUINTA.-** Ha de procederse pues, a la valoración concreta del daño causado.

Lo primero que hay que advertir es que, como indica la Sentencia del Tribunal Supremo de 3 de diciembre del 2012, “*a la hora de efectuar la valoración del daño indemnizable, la jurisprudencia [...] ha optado por*

*efectuar una valoración global que derive en una apreciación racional, aunque no matemática”.*

En este caso se trata de valorar el daño ocasionado a los familiares de la fallecida por el desasosiego, inquietud e incertidumbre durante el tiempo de espera hasta la llegada del recurso sanitario, indemnizando el daño ocasionado en cuanto a desconocer cuál hubiera sido la evolución de su familiar (teniendo en cuenta las circunstancias concretas) de haberse actuado de manera correcta por el SUMMA 112; ya que, al estar la paciente con cuidados paliativos, el traslado al hospital con la ambulancia o recurso sanitario adecuados, hubiera permitido la asistencia inmediata y la aplicación –en su caso- de las medidas de confort u otras que los facultativos de la Unidad de Cuidados Paliativos estimaran oportunas.

En la valoración económica del caso dictaminado, ha de tenerse en cuenta que -como se recoge en la historia clínica- el cáncer de la paciente era de grado IV y con metástasis; el certificado de defunción señala, como causa indirecta precisamente dicho cáncer, y que estamos ante una situación de una persona con cuidados paliativos.

Además, hay que considerar el contexto en que se produjo, era el mes de diciembre de 2021, en el que seguía habiendo una situación de crisis sanitaria por la Covid-19, que demandaba prioridad en la asignación de los recursos sanitarios, y que ciertamente había presión asistencial en unas fechas como las de Navidad.

Por todo lo cual, esta Comisión Jurídica Asesora considera adecuada una cantidad global de 6.000 euros de indemnización, cantidad ya actualizada.

En mérito a cuanto antecede, la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

## **CONCLUSIÓN**

Procede estimar parcialmente la reclamación de responsabilidad patrimonial por la demora en la asistencia del SUMMA 112, y reconocer a la reclamante una indemnización global y actualizada de 6.000 euros.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 30 de julio de 2024

La Vicepresidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 482/24

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid