



Consejo Jurídico
de la Región de Murcia

Dictamen nº 49/2025

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 5 de marzo de 2025, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por la Sra. Directora Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 6 de septiembre de 2024 (COMINTER número 169654), sobre responsabilidad patrimonial instada por D. X y otra, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2024_307), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 5 de mayo de 2021, dos abogadas, actuando en nombre y representación de D. X y de D.^a Y, formulan una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración sanitaria regional.

En ella exponen que los interesados son, respectivamente, el hijo y la hermana de D. Z, que falleció el 26 de mayo de 2020.

También explican que el familiar de los reclamantes tenía 57 años en aquel momento, que sufría hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 y que era fumador y bebedor con hábito moderado. Añaden que durante los meses de abril y mayo de 2020, D. Z padecía dolor en la pierna y que por eso se puso en contacto con su Centro de Salud (de Alguazas) y que el médico le prescribió *Daflon* y *Trombocil*.

Exponen que, a pesar del tratamiento que seguía, el dolor persistía y que el estado de salud de D. Z empeoraba progresivamente, hasta el punto de que el 23 de mayo de 2020 presentaba cansancio extremo, agotamiento y debilidad, circunstancias que incluso le dificultaban el poder andar o subir y bajar escaleras.

En la mañana del 25 de mayo comenzó a padecer disnea, por lo que se puso en contacto con el Centro de Salud y se le dio cita telefónica para dos días después. Sin embargo, ante la aparición de dolor en la zona interescapular, dificultad respiratoria -incluso en reposo- e imposibilidad de trasladarle por la incapacidad que presentaba el paciente al deambular, su hermana, que residía con él, pidió una ambulancia al Servicio de Emergencias 112 sobre las 23:35 horas, para que acudiera al domicilio.

Las abogadas añaden que la ambulancia, que llegó a las 0:55 h del 26 de mayo, era convencional y que los miembros de la dotación actuaron con mucha desidia y casi abandono del enfermo. También exponen que, tras mucho esfuerzo, la enfermera y la hermana del paciente consiguieron subirle al vehículo en la camilla. Precisan que iniciaron la marcha al Hospital General Universitario *Morales Meseguer* (HMM) de Murcia a la 1:26 h.

Destacan, asimismo, que únicamente portaban un Equipo de Protección Individual frente al COVID-19 y que, a pesar de que la enfermera de la ambulancia preguntó por las mascarillas de oxígeno a fin de colocársela al paciente, dada la patente disnea que presentaba, el conductor del vehículo de emergencia confirmó que no disponían de dichos medios.

Las letradas exponen, a continuación, que a D.^a Y se le informó entonces en el hospital de que su hermano, durante el trayecto, había entrado en parada cardiorrespiratoria y que tanto el médico de Urgencias como el de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) le preguntaron por qué la ambulancia había acudido previamente al Hospital de Molina, y que por esa razón se había perdido un tiempo muy valioso para asistir al enfermo.

Seguidamente, relatan que cuando llegaron al Servicio de Urgencias se iniciaron las maniobras de resucitación pulmonar y que, tras 15 minutos, se consiguió revertir la parada, aunque se decidió trasladarlo a la UCI ante el grave estado en el que se encontraba.

También destacan que, como se acredita en el informe de ingreso en la UCI, el enfermo quedó ingresado a las 2:46 h, más de tres horas después de que se hubiese solicitado la ambulancia, con el diagnóstico de parada cardiorrespiratoria e insuficiencia aguda.

En la UCI se detectó que el paciente sufría un posible tromboembolismo pulmonar por lo que se le realizó un doppler de miembros inferiores que objetivó una trombosis venosa femoropoplítea en el miembro inferior derecho. Debido al estado en que se encontraba su familiar, se pautó una trombólisis, que no resultó efectiva, y D. Z falleció 18 horas después del ingreso en la Unidad citada.

Las abogadas de los interesados consideran que se incurrió en una flagrante vulneración de la *lex artis* en la asistencia que se le dispensó al paciente. En primer lugar, porque en el Centro de Salud se infravaloraron los síntomas que él refería, dolor en la pierna pese a la medicación que tomaba. Después, porque la ambulancia tardó más de 3 horas en llegar al hospital, sin que en ella se dispusiese de los medios necesarios para tratar la sintomatología que mostraba el enfermo, dada la falta injustificada de medios y la falta de personal sanitario en la asistencia con conocimientos para asistirlo.

En este sentido, las letradas precisan que *“la normativa europea establece un límite máximo de 30 minutos para*

que lleguen los vehículos sanitarios, habiendo transcurrido en el presente caso más de 1 hora desde que se realizó la petición hasta que llegó al domicilio del paciente la citada ambulancia. No es excusable la actuación descrita por la concurrencia de la pandemia, ya que los hechos ocurrieron a finales del estado de alarma cuando los servicios sanitarios se encontraban con menor saturación y los tiempos descritos exceden demasiado de los que se puede considerar una adecuada diligencia”.

Según entienden, la situación descrita provocó que la patología que sufría el paciente no fuese tratada a tiempo y causara su fallecimiento, de lo que debería responder el Servicio Murciano de Salud (SMS).

Por todo ello, en virtud de lo establecido 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, y su correspondiente actualización anual (Resolución de 30 de marzo de 2020, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, por la que se publican las cuantías de las indemnizaciones actualizadas del sistema para valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación), solicitan una indemnización conjunta para sus representados de 104.553,26 €, con arreglo al siguiente desglose:

A) Para D. X, hijo del fallecido:

a) Perjuicio personal básico: I. A cada hijo que tenga desde 20 hasta 30 años, 52.207,51 €.

b) Perjuicio personal particular: Perjudicado único de su categoría (25%), 13.051,87 €.

c) Perjuicio patrimonial básico:

I. Daño emergente: Mínimo sin necesidad de justificación, 417,66 €.

II. Lucro cesante: Del hijo (Tabla 1.C.2), 13.660 €.

SUBTOTAL: 79.337,04 €.

B) Para D.^a Y, hermana del fallecido:

a) Perjuicio personal básico: A cada hermano que tenga más de 30 años, 15.662,25 €.

b) Perjuicio personal particular:

I. Convivencia del perjudicado con la víctima, 5.220,75 €.

II. Perjudicado único de su categoría (25%), 3.915,56 €.

c) Perjuicio patrimonial básico: Daño emergente: Mínimo sin necesidad de justificación, 417,66 €.

SUBTOTAL: 25.216,22 €.

Lo expuesto hace el total referido de 104.553,26 €.

Por lo que se refiere a los medios de prueba de los que pretenden valerse proponen específicamente los siguientes:

a) La grabación de la llamada realizada entre las 23:30 y las 23:45 h del 25 de mayo de 2020.

b) Que se acrediten los recursos que se asignaron ante esa llamada.

c) Que se acredite la hora exacta en que salió la dotación sanitaria hacia el domicilio del enfermo.

Con la solicitud de indemnización adjuntan las copias de las escrituras de los apoderamientos conferidos a favor de las letradas intervinientes por los interesados. También aportan copias de diversos documentos clínicos y del certificado de defunción del familiar de los reclamantes y del Libro de Familia, acreditativa esta última de la relación de filiación que alega D. X. En el citado certificado se expresa que la defunción se produjo a las 23:58 h de 26 de mayo de 2020.

Asimismo, acompañan copias de los certificados de nacimiento del fallecido y de su hermana reclamante. y una copia -no perfectamente legible- de la declaración de la renta del primero, correspondiente al ejercicio de 2019, en la que se puede leer que la base liquidable general se fijó en 5.550 €.

SEGUNDO.- La reclamación se admite a trámite el 13 de mayo de 2021 y ese hecho se le comunica cuatro días más tarde a la correduría de seguros del SMS, para que informe a la compañía aseguradora correspondiente.

Asimismo, con esa misma fecha se solicita a la Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061 que aporte el informe de la facultativa que atendió al paciente fallecido y a la Dirección Gerencia del Área VI-HMM de Salud que aporte una copia de la historia clínica de dicho paciente y los informes de los médicos que lo atendieron.

TERCERO.- Con fecha 26 de mayo de 2021, se recibe una comunicación de la Asesora Jurídica de la Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061 de la Región de Murcia, a la que adjunta la *carta de llamada* del Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias de la Región de Murcia (CCU), en la que se detalla el seguimiento que se hizo de la incidencia, desde las 0:05 hasta las 2:10 h del 26 de mayo de 2020.

También se acompañan en disco compacto (CD) las grabaciones de las conversaciones que se mantuvieron aquella noche, con ocasión del citado servicio asistencial, y tres informes.

El primero de los informes es el suscrito el 20 de mayo de 2021 por el Dr. D. P, que realizó aquel día 26 de mayo de 2020 las funciones de Médico de Urgencias de Atención Primaria en el Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias Sanitarias de esa Gerencia, que es el servicio que realiza el triaje y desviación de los dispositivos a los distintos avisos sanitarios en la Región.

En él expone *“Que dicho día me encontraba de guardia recibiendo este aviso en torno a las 00:05 h poniéndome en contacto con los familiares [del paciente fallecido], donde en ese momento me trasladan la situación del paciente, incluso indicándome que su hermana se lo podía llevar al hospital si yo creía que nuestros dispositivos se iban a retrasar.*

Todos los dispositivos estaban ocupados y se le dio prioridad a la ANA o ambulancia de traslado para que a la mayor rapidez fuera al domicilio a recoger al paciente y trasladarlo al Hospital. En menos de un minuto desde que recibimos la Atención de Llamada en el 112, me pongo en contacto por primera vez con la familiar de dicho finado.

Añadir que esta época de Covid fue la peor época vivida por todos los sanitarios, teniendo muchas dificultades para poder dar servicio a todas las reclamaciones asistenciales, atravesando en este momento todo lo peor de la pandemia, lo cual no justifica en absoluto la situación generada”.

El segundo informe es el elaborado el 25 de mayo de 2021 por el Técnico en Emergencias Sanitarias D. Q, trabajador de la empresa *ORTHEN*, que realizó el traslado del paciente desde su domicilio hasta el HMM.

En ese documento explica *“Que tras la llamada del CCU, nos pasaron aviso como posible Covid, llegamos al domicilio, la hermana lo bajó de la primera planta, e informó que llevaba varios días con vómitos, diarrea a base de "acuarius".*

En esa guardia iba con otra compañera Técnico, y ella me consultó de cómo veía al paciente, viéndolo en ese

momento aparentemente estable, aunque con una respiración un poco agitada. Le preguntamos si le dolía algo a lo que él contestó que no.

Salimos rápido de la vivienda y nos dirigimos hacia el Hospital. Por el camino la compañera que iba acompañándolo en la parte trasera de la ambulancia, me insistió en parar lo antes posible, buscando el Hospital de Molina ya que el paciente se estaba alterando bastante.

Allí llegamos, me preguntaron si era Covid, a lo que dije era un posible Covid, ya que así me lo transmitieron desde el CCU. En el Hospital no quisieron recepcionar al paciente, nos dieron pulsómetro y glucometer para que nosotros lo realizáramos. Como el paciente ya tenía las manos frías fue imposible y se realizaron las pruebas en los pies. En este momento el paciente estaba tranquilo. Si no recuerdo mal los resultados fueron 99-100 de saturación y 90 de glucosa, además unas 95 pulsaciones por minuto.

De allí nos fuimos corriendo al Hospital, siguiendo las indicaciones de los profesionales de la puerta de urgencias del Hospital de la Consolación de Molina.

Nada más añadir que entrando al Hospital Morales Meseguer la compañera me instó que el paciente se estaba descompensando ya que así lo demostraba su estado. Sin más tardar paré la ambulancia y salimos corriendo con el paciente hacia Hemodinámica del Hospital.

Para finalizar, la doctora que nos recepcionó en la entrada nos dijo que el paciente estaba en parada y que cómo lo habíamos traído nosotros en Ambulancia de traslado (ANA)".

El tercer y último informe es el suscrito, también el 25 de mayo de 2021, por D.^a R, la otra Técnico en Emergencias Sanitarias que participó en el traslado del enfermo al HMM.

Expone en el informe citado que "A primera hora de la madrugada mi compañero Q recibe aviso del CCU de un paciente (L.E.), tipo covid de unos 55-60 años de edad, localidad Alguazas.

Llegamos al domicilio, como había que entrar en la vivienda me pongo el Epi, entro en la vivienda y el paciente baja del piso superior con ayuda de su hermana, en el giro de la escalera el paciente hace un pequeño vaivén, pero llega hasta donde yo estoy, le pregunto qué le pasa, me mira me dice que le cuesta respirar, que se ahoga y se tira al suelo.

La familiar me dice que lleva 2-3 días con vómitos y diarrea, que solo toma acuarius y que hoy había empezado a decir que no podía respirar y que por eso había llamado a urgencias.

Le digo que me acompañe a la ambulancia pero no nos hace caso ni a mí, ni a su familiar, nos mira pero no se

levanta, le digo a mi compañero que el paciente no colabora y éste le indica desde la puerta que si no subimos a la ambulancia no podemos llevarlo al hospital, el paciente accede, sube en la camilla y nos vamos para el hospital, yo voy atrás con el paciente.

Llegando a la rotonda del Vega Plaza (Molina de Segura), el paciente se agita, se incorpora de la camilla empieza a bracear, le pido que se tranquilice pero no hace caso, golpeo la mampara y le digo al compañero que se dirija al hospital de Molina, pues era el más próximo, no sabía qué le pasaba al paciente y me asusté ante la situación.

Llegamos a urgencias del Hospital la Consolación de Molina, el compañero fue a avisar que llevábamos un paciente que nos habían pasado como covid y que se había agitado por el camino, yo mientras empiezo a bajar la camilla, salieron 3 personas (2 hombres y 1 mujer) y me hicieron meter la camilla a la ambulancia, les pedí que por lo menos le tomaran las contantes pues tenía miedo de que el paciente se hubiese puesto agitado-agresivo por una bajada de azúcar, porque le faltara oxígeno, no sé.

Me dieron un pulsioxímetro y un glucometer, les dije que no podía hacerlo yo y me dijeron que ellos no podían subir, me indicaron cómo realizarlo, les dije que no podía, que el paciente tenía las manos frías, que subieran y lo vieran ellos, entonces me dijeron que si no lo leía en una mano que probara en la otra, si no en el pie o en la oreja, no subió nadie, miraban y daban indicaciones desde el portón trasero de la ambulancia que estaba abierto completamente, cuando obtuve valores, se los dije y uno de ellos dijo, ves si está todo bien, además está más tranquilo y tiene buen color, iros al Morales.

Nos fuimos hacia [el] Morales; entre la rotonda de isla grosa y la del pájaro carpintero el paciente se giró en la camilla, a la altura del zigzag más o menos parecía tranquilo.

Cuando giramos en Abenarabi hacia Marqués de los Vélez le dije que una curva más y llegábamos al hospital, pero no me contestó, así que me levanté del asiento, lo toqué y no me respondió, le volví a tocar el hombro más fuerte llamándolo por su nombre y nada, coincidió con el giro de la palmera del Morales, esto hizo que se le quedara colgando el brazo por fuera de la camilla, inmediatamente golpeé la mampara y le dije al compañero que subiera la cuesta lo más rápido posible, zarandeeé al paciente para ver si reaccionaba y no obtuve respuesta, paró la ambulancia, abrí el portón, saqué la camilla y una celadora me preguntó algo (yo entendí hemodinámica), le dije que sí, que el paciente no respondía, entré directamente a hemodinámica, lo cambiamos de camilla, había varios sanitarios y yo me salí, al poco salió la doctora y le dijimos lo poco que sabíamos del paciente (el familiar no había llegado aún), también le comentamos lo que nos había pasado en el Hospital de Molina. La doctora nos confirma que el paciente había sufrido una parada.

Sobre las 3 de la mañana nos vuelven a llamar para que digamos qué había sucedido, nos comunican que han conseguido sacarlo de la parada y que lo han trasladado a la UCI”.

Por otro lado, el CD contiene seis archivos que se corresponden con las llamadas que distintas personas mantuvieron aquella madrugada del 26 de mayo de 2020, en relación con la asistencia dispensada y del transporte realizado, a las 00:05; 00:09; 01:52; 01:54, 02:07 y 02:48 h.

Así, en lo que aquí interesa, se debe explicar que la primera llamada, la de las 00:05 h, se entabló entre la hermana del paciente fallecido y la operadora técnica del Servicio de Emergencias 112. De su escucha se puede destacar que la hermana avisó de que el enfermo *“está muy mal, no puede respirar”*, y que más tarde explicó que no podía hablar y que cuando lo hacía se fatigaba muchísimo; que estaba pálido y le dolía la espalda, pero que no presentaba ruido a la respiración ni sudor; que tenía diarrea y vómitos, pero que ya no sufría éstos últimos. También, que su hermano se encontraba mal desde el jueves anterior.

Respecto de la segunda llamada, mantenida a las 00:09 h entre la hermana del enfermo y un médico del Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061, procede destacar que en ella la familiar insistió en que su hermano no podía respirar; que no se tenía en pie, que el jueves anterior estuvo vomitando pero que el fin de semana lo pasó mejor y que no tenía fiebre, pero que sufría vómitos y diarrea. A eso añadió que en aquel momento estaba temblando y que se ahogaba, que no podía respirar. La audición del archivo permite entender que el médico tomó nota de los síntomas y que hacia el final de la conversación reconoció que tenía *“la unidad ocupada”*, que no sabía cuánto tiempo iba a tardar y que *“En cuanto se desocupe irán a verle”*. También, que decidió mandar una ambulancia para llevar al paciente al hospital y que lo examinasen allí.

En relación con la cuarta llamada, entablada entre el conductor de la ambulancia y la operadora técnica a la 01:54 h, se debe destacar que el primero informa que el enfermo había entrado en parada poco antes de llegar al HMM, pero que no les había dado la impresión de que sufriera disnea cuando lo recogieron en su domicilio. Asimismo, expone que cuando se detuvieron en el Hospital de Molina pudieron constatar que el paciente estaba saturando *“a 94-65”* y que presentaba constantes normales.

De la audición de la quinta llamada, mantenida entre la operadora y el médico del citado Centro Coordinador a las 02:07 h, parece deducirse que el paciente falleció en la propia rampa de acceso al HMM o poco después de que hubiese entrado en el Servicio de Urgencias de dicho centro hospitalario.

CUARTO.- El 4 de junio de 2021 se recibe la copia de la historia clínica del paciente fallecido, tanto de Atención Primaria como Especializada, que se requirió a la Dirección-Gerencia citada.

Del estudio de la documentación clínica que se contiene en el expediente se evidencia que el fallecimiento del paciente no se produjo durante el traslado o inmediatamente después de su llegada al HMM. Por el contrario, permite entender que, tras su llegada al hospital, se consiguió que el paciente superase la situación de parada cardiorrespiratoria en que se encontraba y que se le dispensó la asistencia médica que precisaba en su situación, en particular la terapia trombolítica necesaria. Pese a ello, el enfermo no alcanzó la estabilidad clínica deseable en ningún momento y entró en situación de shock refractario y fracaso multiorgánico, que motivó su muerte unas 18 horas después de su ingreso en la UCI.

También se acompaña el informe elaborado el 31 de mayo de 2021 por el Dr. D. S, facultativo especialista de Medicina Familiar en el Centro de Salud de Alguazas.

En este informe advierte que la exposición de los hechos que se realiza en la reclamación no se ajusta a lo que sucedió en realidad y que está registrado en el sistema informático. En este sentido, expone lo siguiente:

“1. El 23 de abril de 2020 se puso en contacto telefónico conmigo para preguntarme si podía aplicarse crema Thrombocid en unas venas de la pierna que le estaban molestando, le dije que sí y además le recomendé que tomara Daflon a dosis de 2 comprimidos cada 12 horas. Aproveché para preguntarle cómo estaba de la infección respiratoria que tratamos la semana anterior, y mencionó que estaba mucho mejor. En ningún momento manifestó signos o síntomas que pudieran relacionarse con un proceso potencialmente grave, pues de ser así se le hubiera citado de manera presencial en el Centro de Salud o se hubiera remitido a Urgencias del Hospital.

2. Posteriormente a esta cita del 23 de abril, yo no recuerdo más contactos con [el familiar de los reclamantes], y en nuestro sistema informático no hay registrada ninguna cita ni solicitud de consulta para conmigo, su médico de familia.

3. El siguiente registro es del 25 de mayo de 2020, donde llama al centro solicitando consulta, y se le da para el día 27 de mayo de 2020, sin que en ningún momento hiciera mención a una cierta urgencia por ser atendido, pues de ser así se le habría forzado cita en ese mismo día.

Realizadas estas consideraciones considero que [al paciente] se le proporcionó una atención adecuada a sus demandas en el momento que las hizo, tanto por mí como por mis compañeros de administración”.

QUINTO.- Con fecha 23 de junio de 2021, se solicita de nuevo a la Dirección Gerencia del Área de Salud VI-HMM que aporte los informes de los facultativos que asistieron al familiar de los interesados.

SEXTO.- El 21 de julio siguiente, se recibe el informe realizado el día anterior por el Dr. D. T, Jefe de Servicio de Medicina Intensivo del referido hospital, en el que explica que *“El paciente ingresa el 26 de mayo del 2020 por cuadro de deterioro clínico de unos días de evolución con disnea rápidamente progresiva que motiva parada cardiorrespiratoria durante el traslado en ambulancia a este Centro.*

Por este motivo nos avisan, realizándose maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada. Tras unos 15 minutos recupera latido efectivo y es trasladado a UCI en situación de shock y fracaso multiorgánico. Entre las pruebas realizadas destaca una ecocardiografía a pie de cama donde destaca signos de tromboembolismo pulmonar masivo. Además, se realiza un estudio vascular de los miembros inferiores que confirma trombosis venosa femoro-poplitea derecha causante del cuadro de la tromboembolia pulmonar. Con este diagnóstico, se suma el inicio de terapia trombolítica a las medidas de soporte orgánico (hemodinámico, renal y respiratorio). Pese a todas las medidas llevadas a cabo (detalladas en el Informe Clínico de Alta de UCI) en ningún momento se llegó a conseguir estabilidad clínica, persistiendo todo el tiempo en situación de fracaso multiorgánico y falleciendo en UCI el mismo día de su ingreso”.

SÉPTIMO.- El 26 de julio de 2021, se envían sendas copias del expediente administrativo a la correduría de seguros del SMS y a la Inspección Médica para que se puedan elaborar, en su caso, los informes pericial y valorativo correspondientes.

OCTAVO.- Obra en el expediente el informe realizado a instancia de la compañía aseguradora del SMS, el 10 de octubre de 2021, por una médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, máster en Salud Pública y Gestión de Servicios Sanitarios y máster en Medicina de Emergencias. También cuenta con un Certificado de Medicina de Urgencias (SEMES) y es fundadora de la Asociación Española de Emergencias (AEM).

En su informe se exponen siguientes conclusiones:

“1. Nos encontramos con el desgraciado caso de don (...), que presenta en plena pandemia Covid y cuando todavía no se conocía bastante sobre el virus ni su tratamiento, una clínica con un alto grado de sospecha de padecer Covid por el Síntoma Cardinal de “dificultad respiratoria”, además de vómitos, diarrea y una gran astenia de varios días de evolución.

2. La hermana que llama lo refiere de tal manera que se activa, según los protocolos que se aplicaban en ese momento, una ambulancia convencional SVB, preparada para el traslado de este tipo de pacientes.

3. Además, (el paciente) no presenta en el domicilio ningún signo de gravedad que alerte a los Técnicos que lo trasladan, todo lo contrario, durante el traslado, su saturación de oxígeno es la correcta (96%), siendo por tanto trasladado al Hospital M. Meseguer, con la sorpresa por parte de los mismos sanitarios, de que el paciente entra en Parada Cardiorrespiratoria a su llegada al hospital.

4. Una vez reanimado y explorado, se detecta que el origen de su dificultad respiratoria es un Tromboembolismo Pulmonar, falleciendo horas después, pese a habersele aplicado el tratamiento para disolver los trombos (fibrinólisis).

5. Por lo tanto, una vez analizada la documental y en base a la sucesión de los hechos, esta perito informa de la manera más objetiva, que no sólo se gestionó acorde a los protocolos del Servicio Murciano de Salud este aviso, sino que se siguió en todo momento la lex artis ad hoc, no existiendo ningún indicio de negligencia, ni mala praxis ni omisión de socorro, sino todo lo contrario, priorizando acorde a las circunstancias la gestión de los recursos materiales y humanos, pese a lo cual y a pesar de haberle tratado su patología y haberle reanimado adecuadamente dentro del hospital, falleció”.

El 18 de enero de 2022 se envía una copia de este informe a la Inspección Médica.

NOVENO.- El 9 de febrero de 2022 se concede audiencia a los reclamantes y a la compañía aseguradora interesada para que puedan formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que estimen pertinentes.

DÉCIMO.- Las abogadas de los interesados presentan el 3 de marzo de 2022 un escrito en el que ratifican la solicitud de indemnización que presentaron y expresan su desacuerdo con el contenido del informe pericial presentado por la compañía aseguradora.

Seguidamente, insisten en que el familiar de los reclamantes fue asistido de forma deficiente debido a un funcionamiento anormal de la Administración sanitaria regional.

También rechazan que se pueda ofrecer la excusa que, en aquellos días, como consecuencia de la pandemia provocada por el COVID-19, se experimentara un colapso en los servicios sanitarios regionales con la única finalidad de justificar y exonerar a la Administración de toda responsabilidad en aquellos casos, como éste, en que la asistencia sanitaria fue claramente negligente.

Recuerdan que, en la noche de los hechos, a pesar de que se estaba en plena primera ola y en estado de alarma, la situación en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia era estable. Y añaden que, según datos del Ministerio de Sanidad, en los siete días anteriores al 25 de mayo se habían detectado 23 contagios (el día anterior, 0) por los que ningún afectado quedó ingresado en algún centro hospitalario murciano. Así pues, consideran que no se puede afirmar que existiera el colapso referido.

Por otra parte, sostienen que las horas en que se produjeron las llamadas y que se reflejan en el expediente administrativo no son correctas. Prueba de ello, a su juicio, es que, según el registro de llamadas y las grabaciones aportadas, se informó por parte de la técnica del 061 al facultativo Servicio del Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias Sanitarias que el paciente había fallecido a las 2:48 h cuando, de acuerdo con los informes médicos, la muerte se produjo 18 horas después del ingreso hospitalario. Por esta razón, solicitan que se faciliten las horas exactas de dichas llamadas.

De igual modo, destacan que, a pesar del grave estado en que se encontraba el enfermo, de la urgencia de la situación y de la angustia que experimentaba la reclamante, se consideró que su hermano estaba afectado por COVID y se asignó indebidamente para prestar el servicio una ambulancia convencional, no asistencial, que no llevaba ningún soporte avanzado ni básico, lo que provocó que, ante la parada cardiorrespiratoria que padeció antes de llegar al hospital, no se le pudiera tratar adecuadamente.

Insisten, a continuación, en que la ambulancia tardó más de una hora en llegar al domicilio del enfermo y casi dos más en hacerlo al HMM, lo que excede de lo dispuesto en la normativa europea de aplicación, que establece un límite máximo de 30 minutos. Asimismo, argumentan que durante ese tiempo debería haber quedado libre alguna de las 47 ambulancias de las que dispone el SMS con los medios necesarios para haber hecho adecuadamente el traslado.

Por último, destacan que por decisión de la técnica Sra. R (*culpa in eligendo*), se desviaron al Hospital de Molina de Segura, donde se negaron a asistir al paciente a pesar de que ella les advirtió de que carecía de los conocimientos necesarios para valorar el paciente. Y también resaltan que, pese a lo que dice recordar el otro técnico, el Sr. Q, el paciente tenía una saturación de 94-65, de acuerdo con lo que puede escucharse en la grabación. En cualquier caso, alegan que ese dato no era fiable debido a la falta de conocimiento para obtenerlos de la técnica.

Con el escrito aportan dos documentos. El primero, denominado *Actualización nº 116. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). 25.05.2020*, elaborado por el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias dependiente del Ministerio de Sanidad, como ya se ha adelantado. El segundo es la transcripción de las llamadas que se realizaron al CCU.

UNDÉCIMO.- Con fecha 31 de mayo de 2022 se formula propuesta de resolución desestimatoria, por no concurrir los requisitos necesarios para que, de acuerdo con la ley, se pueda declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria regional.

DUODÉCIMO.- Este Consejo Jurídico emite, el 2 de mayo de 2023, el Dictamen núm. 112, en el que se concluye que procede completar la instrucción del procedimiento y solicitar a la Inspección Médica que emita el informe valorativo que ya se le demandó, antes de emitir su parecer sobre el fondo del asunto.

DECIMOTERCERO.- El día 19 del mencionado mes de mayo de 2023, se envía a la Inspección Médica una copia del Dictamen ya citado y se le solicita que realice el informe correspondiente.

DECIMOCUARTO.- El 11 de junio de 2023 se recibe el informe elaborado por el referido Servicio de Inspección, el día 7 de ese mes, en el que, el apartado titulado *Juicio crítico*, se explica:

1.- Acerca de la atención que le dispensó al paciente el médico del Centro de Salud de Alguazas, se señala que en la consulta telefónica que mantuvo con él no le informó de algún síntoma que hiciera sospechar de algo más que una leve insuficiencia venosa, causada -probablemente- por la inactividad física y el sobrepeso. Se añade que el enfermo no volvió a consultar con su médico por las molestias de las venas de la pierna, no refirió ningún empeoramiento, aparición de dolor, hinchazón o calor. Y se enfatiza que, cuando un mes después, el 25 de mayo, su hermana solicitó cita con el médico, no informó de algún empeoramiento o de que experimentase dolor, hinchazón o calor en la pierna.

2.- En relación con la valoración realizada por el médico del Centro de Coordinación de Urgencias del 061, se destaca que cuando se atendió la llamada se recogió adecuadamente que el motivo era dificultad respiratoria. Por ese motivo, se consideró que la necesidad de asistencia sanitaria era urgente, *“pero el hecho de que lleve 4 días con la sintomatología y que se ofrezcan a llevarlo en coche, le resta, en apariencia, emergencia a la situación y en lugar de activar un recurso asistencial con personal sanitario (médico y enfermería que estaban ocupados), deduce como más ágil llegar al hospital cuanto antes en una ambulancia no asistencial”*.

3.- Por lo que se refiere a las condiciones en que debe realizarse un transporte sanitario en una ambulancia convencional, se detalla que resultan de aplicación las exigencias que se mencionan en el Real Decreto 836/2012, de 25 de mayo, por el que se establecen las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera.

Se agrega, a continuación, que las ambulancias no asistenciales no están diseñadas para prestar una atención básica sanitaria, pero que deben disponer, entre otros equipamientos, de una instalación de oxígeno y de equipos de ventilación y respiración.

4.- Acerca de las competencias que deben poseer los técnicos en emergencias sanitarias, se recuerda que son las relacionadas en el Real Decreto 1397/2007, de 29 de octubre, por el que se establece el título de Técnico en

Emergencias Sanitarias y se fijan sus enseñanzas mínimas. En este sentido, se explica que estos profesionales deben ser capaces de prestar una asistencia vital básica como inmobilizaciones, primeros auxilios, reanimaciones y traslado hasta el hospital más cercano.

5.- En lo que atañe a la asistencia dispensada en el HMM, se considera adecuada.

Por último, en el informe se exponen las siguientes conclusiones:

“1.- La toma de decisiones de los profesionales sanitarios intervinientes (médico de atención primaria y médico del centro coordinador de emergencias) fueron adecuadas a la información recibida y ajustada a los protocolos establecidos en aquel momento.

2.- A pesar de que el transporte era una ambulancia no asistencial (también denominada convencional), en la que, en principio, el paciente no reviste urgencia, la dotación de personal (Técnico en emergencias sanitarias) y con el equipamiento sanitario obligatorio de la ambulancia, se debería haber prestado una asistencia básica vital (primeros auxilios respiratorios).

3.- La parada en el Hospital de Molina retrasó aún más el traslado. A pesar de tener concertado el servicio de urgencias para la población del Área VI los profesionales que estaban de guardia no atendieron al paciente catalogado como posible Covid.

4.- El paciente sufría una disnea progresiva de una semana de evolución que se había hecho de reposo en las últimas 24 horas. El cuadro de tromboembolismo pulmonar, al parecer estaba desarrollado y es posible que las medidas de soporte vital (en la ambulancia o en las urgencias del hospital de Molina) no hubieran probablemente evitado el fatal desenlace, pero habrían proporcionado algo de confort y tranquilidad al paciente.

5.- En la UCI del hospital fueron necesarias 3 pruebas de imagen (Rx de tórax, ecocardiograma y ecocardiografías) para sospechar de la existencia de un tromboembolismo pulmonar.

6.- El ecodoppler de MMII confirmó la existencia de una trombosis venosa profunda a nivel femoro-poplíteo de pierna derecha”.

DECIMOQUINTO.- El 16 de junio de 2023 se remite una copia de este informe a la correduría de seguros del SMS.

También se les remiten otras copias a *ORTHEN*, a la UTE adjudicataria del Lote 8 del contrato de servicio de

transporte sanitario terrestre y a la Dirección del Hospital de Molina, para que aleguen lo que estimen conveniente acerca de la reclamación presentada y sobre las conclusiones que se exponen en el informe de la Inspección Médica. Por último, se les informa de que se las considera partes interesadas en el procedimiento y que deben comunicarlo a sus respectivas compañías aseguradoras, a los efectos que procedan.

DECIMOSEXTO.- Con fecha 16 de julio de 2023, se recibe un escrito firmado por D.^a V, Supervisora de Enfermería en el Servicio de Urgencias del Ribera Hospital de Molina, en el que consta, asimismo, la firma de D. W, responsable del Servicio de Atención al Usuario. En esa comunicación se expone lo que se transcribe a continuación:

“En primer lugar, indicar que la asistencia prestada [al paciente] se produce durante el estado de alarma (del 14 de marzo al 21 de junio de 2020).

En cuanto a nuestra asistencia indicar que, durante la madrugada del día 26 de mayo de 2020 se receptiona una ambulancia y que, sin bajar al paciente, el personal de la misma solicita a nuestro triaje pulsioxímetro y glucometer, ante, según refieren, agitación del paciente trasladado.

Tras la comprobación de los valores obtenidos (saturación entre 94% y 100%, glucemia de 90 y 95 pulsaciones por minuto) deciden continuar con el traslado programado desde el domicilio al hospital General Universitario Morales Meseguer”.

El 18 de septiembre de 2023 se envía una copia de este escrito a la Inspección Médica.

DECIMOSÉPTIMO.- Obra en el expediente un informe complementario, elaborado por la Inspección Médica el 19 de febrero de 2024, en el que se concluye que *“Aunque el resultado final no hubiera sido diferente, hubo una deficiente asistencia sanitaria durante el traslado en ambulancia y una falta de atención médica y asistencia en el Hospital de Molina”.*

DECIMOCTAVO.- El 27 de febrero de 2024 se concede audiencia a la compañía aseguradora del SMS, la mercantil *Berkshire Hathaway*; al Hospital de Molina, a *ORTHEN* y a la UTE adjudicataria del servicio de transporte sanitario ya mencionada y a los reclamantes, para que puedan formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que estimen convenientes.

DECIMONOVENO.- Las abogadas de los interesados presentan, el 19 de marzo siguiente, un escrito en el que se ratifican en la reclamación que presentaron y expresan su conformidad parcial con la conclusión a la que llega la Inspectora Médica en su informe, en el que reconoce que, aunque el resultado final no hubiera sido diferente, se prestó una asistencia sanitaria deficiente durante el traslado en una ambulancia convencional y una falta de atención y asistencia médica en el Hospital de Molina.

Las letradas destacan que esas ambulancias disponen de una instalación de oxígeno que no se utilizó, porque lo

que se le dispensó al enfermo la asistencia vital básica (primeros auxilios respiratorios) que precisaba debido a su estado. Asimismo, resaltan la infracción de la *lex artis* que supone que no se hubiese atendido al paciente en el Hospital de Molina. De igual modo, hacen hincapié en la circunstancia de que, a pesar de que el familiar de los reclamantes sufrió una parada cardiorrespiratoria, no se le aplicaron medidas de reanimación.

De igual modo, resaltan que el enfermo fue ingresado en el HMM tres horas después de que se diese aviso al Servicio de Emergencias y Urgencias 061 para que se le trasladase en ambulancia a un hospital.

A continuación, argumentan que si se hubiese evitado la parada cardiorrespiratoria que sufrió, el paciente se hubiese encontrado en mejor estado de salud para afrontar el resto de las patologías que presentaba. E insisten en que el tromboembolismo pulmonar es una patología grave que requiere un tratamiento precoz, y que en este caso se incurrió en un retraso grave.

Acerca de la cuantificación del daño, consideran que se debe resarcir por completo a los reclamantes, al haberse acreditado la concurrencia de unas claras deficiencias asistenciales que provocaron la muerte del enfermo.

Con carácter subsidiario, las abogadas argumentan que, si se considerase que el fallecimiento no era evitable, sí que se debe resarcir a los interesados por los daños ocasionados como consecuencia de las negligencias advertidas, que les causaron daños morales evidentes.

VIGÉSIMO.- Con fecha 8 de agosto de 2024, se formula propuesta de resolución desestimatoria por no concurrir los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial sanitaria.

En la citada propuesta se recuerda que *“El Tribunal Supremo ha establecido en numerosas sentencias que la mera existencia de una actuación deficiente no es suficiente para determinar la responsabilidad patrimonial si no se prueba que dicha actuación fue la causa directa del daño”*.

Se añade, de igual modo, que en el presente caso concurrieron diversos factores en la cadena causal, lo que dificulta establecer una relación directa entre las deficiencias advertidas en la atención que se prestó al enfermo y su posterior fallecimiento.

En primer lugar, se refiere a la gravedad intrínseca de la patología que sufría el familiar de los reclamantes, que incluso con un diagnóstico y tratamiento temprano puede tener un desenlace fatal. Además, se considera que la evolución previa de los síntomas, que según los informes médicos se prolongaron durante varios días antes de solicitar atención urgente, pudo contribuir significativamente al desarrollo y agravamiento de su condición. Además, se resalta que, una vez ingresado en el HMM, el enfermo no llegó a estabilizarse, por lo nada parece que pudiera haber mejorado el resultado final que se produjo.

En segundo lugar, se destaca que otro factor relevante fue la falta de previsibilidad del rápido deterioro que experimentó el paciente. Según los informes periciales y el de la Inspección Médica, durante gran parte del

traslado, el enfermo no presentaba signos evidentes de gravedad extrema, lo que dificultaba anticipar el empeoramiento súbito que posteriormente sufrió. Esta circunstancia pudo influir en las decisiones tomadas por el personal sanitario durante el traslado.

Así pues, se reconocen ciertas deficiencias en la atención dispensada al paciente, pero se arguye que no se puede establecer con la certeza jurídica requerida que estas fueran la causa directa y determinante de su fallecimiento. La evidencia sugiere que la gravedad de su condición médica fue el factor preponderante en el desenlace fatal. Por tanto, se considera que no existe el nexo causal necesario para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria regional.

Una vez incorporados el preceptivo índice de documentos y el extracto de secretaría, se remite de nuevo el expediente en solicitud de Dictamen mediante un escrito recibido en este Consejo Jurídico, el 6 de septiembre de 2024.

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, lo están el Hospital de Molina, puesto que es el centro hospitalario privado que tiene concertada la asistencia de urgencia a los pacientes del Área VI de Salud, y la UTE adjudicataria del Lote 8 del contrato de servicio de transporte hospitalario en ambulancia, titular de la ANA en la que se efectuó el traslado del paciente y empleadora de los trabajadores que constituían su dotación.

En cualquier caso, como se señaló en los Dictámenes núms. 18 y 136 de 2003 y 13/2020, entre otros, esta circunstancia no altera el hecho de que el servicio que se presta es público y que su titularidad la ostenta la

Administración, con independencia de que, en dos ámbitos como son la asistencia sanitaria de urgencia y el transporte sanitario en ambulancia, se gestione por terceros. Sería injusto que el grado de responsabilidad derivado de la prestación de un servicio público dependa de la forma en que se realice el servicio por los poderes públicos, sin olvidar que los centros concertados están sujetos a la inspección y control de la autoridad sanitaria (artículo 67.5 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad). Así lo ha reconocido el Consejo de Estado, entre otros, en su Dictamen núm. 85/2002, de 31 de enero, en relación con una reclamación sobre la asistencia sanitaria prestada por un centro concertado: *“el hecho de que la asistencia sanitaria discutida se haya prestado en un Hospital concertado con el INSALUD no es obstáculo para el examen de fondo de la reclamación planteada, ni para su eventual estimación, pues, en otro caso, se estaría colocando a los pacientes que son remitidos a los centros, por decisión de la Administración sanitaria, en una peor situación que el resto de los ciudadanos que permanecen en los establecimientos hospitalarios públicos”*.

Sin embargo, el hecho de que dicha asistencia deficiente, en un caso, y la falta de ella, en otro, haya sido prestada o denegada por una contratista y por un centro concertado, supone que estos deben asumir las indemnizaciones por los daños que se causen a terceros como consecuencia de las operaciones que requiera el desarrollo de los servicios, excepto cuando el daño se haya producido por causas imputables a la Administración, según regla ya clásica prevista en la normativa de contratos de las Administraciones públicas.

Se trata, además, de un principio recogido en 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). Su aplicación, en consecuencia, puede modificar la determinación de las personas que resulten finalmente responsables 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 y sí a la contratista o al centro concertado.

II. En relación con el requisito del plazo, el artículo 67.1 LPAC establece 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 este caso, el fallecimiento del familiar de los reclamantes se produjo el 26 de mayo de 2020 y la solicitud de indemnización se presentó el 5 de mayo del año siguiente, de forma temporánea, por tanto, ya que se ejercitó dentro del plazo legalmente establecido.

III. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales que integran esta clase de procedimientos.

TERCERA.- Consideraciones particulares en materia de legitimación activa: Falta de legitimación de la hermana reclamante que concurre con el hijo del fallecido.

La reclamación por daño moral se ha formulado por dos personas interesadas, que son el hijo y la hermana mayor de edad del paciente fallecido, según se deduce del contenido del expediente administrativo y de la copia del Libro de Familia y de los certificados de nacimiento que han presentado respectivamente.

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 la legitimación de la hermana mayor de edad, asimismo reclamante, que concurre con el descendiente citado y de quien 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 verosíblemente 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 - 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 - conviviesen con ella ni dependiesen económicamente de ella”.

En este sentido, conviene destacar que la hermana del finado no ha presentado algún certificado de empadronamiento que le sirva para justificar su alegación de que residía con él. De manera contraria, la única referencia al probable domicilio *real* de la interesada se encuentra en la escritura de apoderamiento que otorgó en Hellín en favor de las letradas intervinientes, el 13 de abril de 2021, cuya copia se adjuntó con la reclamación inicial (folio 22 del expediente administrativo). En ella se precisa el domicilio de esa reclamante en la citada localidad albaceteña.

Consecuencia de lo expuesto es que, en la medida en que la hermana del fallecido, más allá de la mera alegación (no demostrada) de que conviviera con él y concurriendo con el hijo de la víctima, no ha acreditado la existencia de especiales circunstancias que permitan considerar justificado, como real y efectivo, un daño moral resarcible en los términos expresados, no procede reconocerle la condición de perjudicada a los efectos de reclamar una indemnización.

Por tanto, en la resolución finalizadora del procedimiento se deberá recoger lo expuesto y, en su parte dispositiva, denegar la legitimación activa a la citada hermana reclamante.

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 con relación a 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 núms. 49/2001 y 97/2003 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 en que sólo si se produce una infracción de la *lex artis* responde la Administración de los daños causados que puedan imputarse a dicha actuación infractora, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública, y no tendrían la consideración de antijurídicos,

por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la praxis médica durante la intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que habría de declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte de un paciente, o la producción de lesión es 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 del daño moral.

I. Ya se ha expuesto que el reclamante legitimado solicita que se le reconozca el derecho a percibir una indemnización total de 79.337,04 € como consecuencia del daño moral que le produjo el fallecimiento de su padre en el HMM, el 26 de mayo de 2020, debido a un tromboembolismo pulmonar que le causó la muerte, como consecuencia de una trombosis venosa femoropoplítea en el miembro inferior derecho.

Sin embargo, considera que la asistencia que se le dispensó al enfermo no fue adecuada porque, en primer lugar, en el Centro de Salud de Alguazas se infravaloraron los síntomas que él refería, dolor en la pierna pese a la medicación que tomaba.

Después, porque se dispuso que el traslado se efectuase en una ANA, lo que supone una omisión de los medios que eran necesarios para tratar la sintomatología que mostraba el paciente.

Asimismo, porque la ambulancia tardó más de 3 horas en llegar al HMM, sin que en ella se dispusiese del equipamiento necesario para prestar una asistencia vital básica.

Finalmente, porque en el Hospital de Molina, a donde se trasladó al enfermo en un primer momento, no fue atendido pese a la situación de gravedad extrema en la que se encontraba.

El interesado considera que dicha asistencia deficiente provocó que la patología que sufría su padre no fuese

tratada a tiempo y le causara la muerte.

II. En relación con esos títulos de imputación, hay que entender, de conformidad con lo explicado en el informe de la Inspección Médica y el pericial presentado por la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud (SMS), que la activación de una ambulancia convencional para realizar el traslado fue correcta a la vista de los síntomas de los que había informado inicialmente el propio enfermo y con posterioridad su hermana.

Por lo tanto, de acuerdo con lo señalado por el Servicio de Inspección en la Conclusión 1ª de su informe, que tanto el médico de Atención Primaria del Centro de Salud de Alguazas, como el médico del Centro Coordinador de Urgencias del 061 fueron adecuadas a la información que pudieron recabar y a los protocolos que resultaban de aplicación en aquel momento.

Por otro lado, hay que entender que la situación clínica en la que se encontraba el paciente era extraordinariamente grave y que es más que razonable entender que, aunque el traslado en ambulancia hubiese sido más rápido, el resultado final de muerte no habría sido distinto.

Ello no obsta para entender que, durante ese traslado, se le prestó al padre del reclamante una asistencia sanitaria claramente deficiente, pues la ambulancia no contaba con el equipamiento mencionado necesario para prestar una asistencia vital básica o no se supo utilizar adecuadamente.

Finalmente, es evidente que en el Hospital de Molina no se le dispensó al paciente la asistencia y la atención de enfermería y médica que requería en su estado, a pesar de que es un centro concertado con el SMS para la atención de Urgencias de la población del Área VI de Salud. Esta falta de asistencia supone una vulneración muy grave de las obligaciones contraídas por dicho centro hospitalario en virtud de dicho convenio y de las más elementales exigencias que, en el ámbito de la ética asistencial, se reclaman en el ejercicio de la profesión sanitaria.

Así pues, procede la estimación de la solicitud de resarcimiento planteada.

II. No cabe duda, sin embargo, de que en este caso concurrieron esas dos causas en la producción del daño moral que se ha mencionado. Tampoco cabe cuestionar que el abandono asistencial del paciente que se cometió en el Hospital de Molina fue tan patente y grave en este supuesto que debe absorber la mayor parte del reproche de culpabilidad. Así pues, dicho centro hospitalario deberá asumir el 70% de la indemnización que procede conceder al interesado y la UTE, prestadora del servicio de transporte sanitario en ambulancia, el otro 30%.

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.

Asimismo, interesa señalar 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, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, 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.

Por lo que se refiere a la actualización de las cuantías indemnizatorias, salvo las relativas al lucro cesante que lo hacen conforme a las bases técnicas actuariales (art. 49.2 del Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre), procede aplicar lo previsto en la Resolución de 30 de marzo de 2020, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones ya mencionada, como solicitan las abogadas del interesado, dado que el fatal desenlace se produjo en dicho año.

Acerca del reconocimiento del perjuicio patrimonial básico por lucro cesante que se le pudo causar al interesado, corresponde la aplicación del artículo 82 del Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, en el que se establece que se presume persona perjudicada, salvo prueba en contrario, a los hijos de hasta treinta años. Conviene recordar que el reclamante, en el momento del fallecimiento de su padre, tenía veinticuatro años. Y también, que la Administración sanitaria no ha demostrado de algún modo, como podía haberle convenido, que el interesado no dependiera económicamente de su progenitor, a pesar de su juventud.

De acuerdo con ello, entiende este Órgano consultivo que la cuantificación realizada por dichas letradas del perjuicio personal básico (Categoría 3 de la Tabla 1.A); del perjuicio personal particular (Tabla 1.B), del perjuicio patrimonial básico por daño emergente (Tabla 1.C) y del perjuicio patrimonial básico por lucro cesante para un ingreso neto de hasta 9.000 € (Tabla 1.C.2), resultan correctas en las cantidades solicitadas respectivas de 52.207,51 €; 13.051,87 €, 417,66 € y 13.660 €, lo que hace que la cantidad total que reclama se eleve a 79.337,04 €.

II. Pese a ello, ya se ha señalado que no se considera que las condiciones deficientes en las que se produjo el traslado en ambulancia y la denegación de asistencia por parte del Hospital de Molina fuesen las causas determinantes del fallecimiento del enfermo. Por lo tanto, no procede conceder en su integridad la indemnización solicitada por el fallecimiento del padre del reclamante.

Ahora bien, sí que es cierto que las pésimas condiciones en las que se efectuó el traslado y el abandono asistencial del paciente que se cometió son circunstancias extraordinariamente graves e incompatibles con el trato humano, respetuoso y adecuado que se debe dispensar a los usuarios de servicios sanitarios en la Región de Murcia. Por tanto, dichos comportamientos son merecedores del mayor de los reproches.

La deficiente asistencia no se relaciona con el fallecimiento sino con no haber enviado la ambulancia necesaria, que es una infracción de *lex artis*, no causante de fallecimiento, sino de desatención, por lo que merece resarcimiento moral de 12.000 euros. Se entiende que este importe se corresponde, corregido al alza por la gravedad del caso, con otras indemnizaciones que se consideraron adecuadas por este Órgano consultivo en supuestos similares (sirva de ejemplo el reciente Dictamen núm. 127/2024).

III. No obstante, por aplicación de la concurrencia de causas que se entiende acreditada en este supuesto, el Hospital de Molina debe satisfacer el 70% de esa cantidad, esto es, 8.400 €, y la UTE contratista los 3.600 € restantes, es decir, el 30% del resarcimiento procedente.

Por último, interesa 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 desfavorablemente la propuesta de resolución, en tanto que no se contempla en ella la desestimación, por falta de legitimación activa, de la reclamación formulada por la hermana del paciente fallecido, como se explica en la Consideración Tercera.

SEGUNDA.- De igual modo, en cuanto al fondo, se dictamina desfavorablemente la propuesta de resolución desestimatoria, por existir un nexo causalidad adecuado entre el funcionamiento anormal del servicio sanitario regional y el daño moral por el que se reclama, cuya antijuridicidad está plenamente justificada.

TERCERA.- Acerca de la distribución de la cuota de responsabilidad que corresponde asumir al hospital concertado y a la UTE adjudicataria del servicio de transporte sanitario terrestre, respectivamente, debe estarse a lo que se expone en el apartado II de la Consideración Quinta.

CUARTA.- En lo que atañe a la determinación de la cuantía con la que debe resarcirse al reclamante legitimado, se deben atender las consideraciones que se exponen en la Consideración Sexta.

No obstante, V.E. resolverá.