

En Logroño, a 2 de mayo de 2006, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. Joaquín Espert y Pérez-Caballero, de los Consejeros D. Antonio Fanlo Loras, D. Pedro de Pablo Contreras, D^a M^a del Bueyo Díez Jalón, y D. José M^a Cid Monreal, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D. Joaquín Espert y Pérez-Caballero, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

25/06

Correspondiente a la consulta formulada por el Excmo. Sr. Consejero de Salud, en relación con el procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial promovido por D^a. Francisca M.H. y D^a. Cristina B.M. como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada a su hijo y hermano respectivamente D. Pedro Mateo B.M..

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

Mediante escrito registrado de entrada el 4 de enero de 2005, D^a. Francisca M.H. y D^a. Cristina B.M., madre y hermana respectivamente de D. Pedro Mateo B.M., formulan reclamación de responsabilidad patrimonial frente al Servicio Riojano de Salud exponiendo en síntesis que, el 13 de enero de 2004 a las 20:35 horas, llamaron al Servicio de Emergencias 061 solicitando la presencia de una ambulancia puesto que D. Pedro Mateo B.M. no se encontraba bien y no podía respirar, informando en dicha llamada que el enfermo estaba siendo tratado de un linfoma de mediastino que era muy grave. Pasada media hora sin que la ambulancia apareciera y con empeoramiento de los síntomas del Sr.B.M., los familiares de éste vuelven a llamar reiteradamente al 061 solicitando la ambulancia, a las 21:05 horas, a las 21:18 y, finalmente, a las 21:30, apareciendo momentos después un doctor y su enfermera sin ambulancia. El facultativo, nada más ver al enfermo, solicita una con urgencia, que llega al domicilio de los reclamantes a las 22:00 horas, trasladando al paciente al Hospital de Calahorra, donde fallece menos de una hora después de haber ingresado en el hospital, por

parada cardiorrespiratoria, según certificado médico de defunción.

Las reclamantes, negando los hechos de una carta del Servicio Riojano de Salud que pretendía justificar el retraso de la ambulancia, consideran que la muerte del Sr.B.M. fue consecuencia exclusiva del retraso y que, de haber acudido la ambulancia en un tiempo prudencial, no hubiera fallecido y solicitan ser indemnizadas en las siguientes cuantías: **i)** 96.296,50 €, por el fallecimiento; **ii)** 2.000,00 € por los gastos funerarios; y, **iii)** 60.000 € por el daño moral causado por la defectuosa asistencia prestada.

Segundo

El 14 de enero de 2005, el Gerente del Servicio Riojano de Salud se dirige a la Gerencia de Atención Primaria, enviándole copia de la reclamación y documentación a la misma acompañada y nombrando Médica Inspectora a D^a. Verónica C.C., a la que asimismo se remite una copia de la reclamación, al igual que a la Compañía de Seguros Z..

Tercero

Por escrito de 18 de enero de 2005, el Gerente del Servicio Riojano de Salud se dirige a la madre del fallecido comunicándole la iniciación del expediente y le informa de los extremos exigidos por el artículo 42-4º de la Ley 30/1992.

Cuarto

El siguiente día 3 de febrero, la Coordinadora de Atención Primaria remite al Servicio Riojano de Salud el parte de reclamación presentado por la hermana del fallecido, parte que es reenviado por la Gerencia del SERIS a la Inspección Sanitaria y a la Compañía Aseguradora Z..

Quinto

La Médico Inspectora, con fecha 9 de marzo de 2003, remite a la Sección de Coordinación Administrativa el informe realizado, en el que, en base a los informes de D. Basilio T.R., Coordinador de Equipos del Servicio de Urgencias Médicas 061, de la Dra. N.S., Médica del EAP de Calahorra, del Dr. F.R., Médico del SUAP de Calahorra, del informe de Urgencias del Hospital de Calahorra y de la historia clínica del fallecido, establece las siguientes conclusiones:

PRIMERA: *Que D. Pedro Mateo B.M., con fecha 13/01/04 padecía un linfoma difuso de células B de alto grado primario mediastínico con progresión a nivel abdominal, por el que se encontraba en tratamiento con quimioterapia en segunda línea habiendo recibido pocos días antes un ciclo del tratamiento, encontrándose*

entonces con un estado de caquexia, NEG y disnea de esfuerzo y habiendo necesitado transfusión de concentrado de hematíes.

SEGUNDA: *Que los datos del paciente transmitidos inicialmente al Servicio de Emergencias Médicas 061 no señalaban una situación de emergencia ni urgencia de primera prioridad, siendo la familia la que optó por la valoración domiciliaria del paciente, considerándose correcta la clasificación del aviso como M2, urgencia demorable, tal y como también se consideró en el Centro de Salud de Calahorra.*

TERCERA: *Que está justificada la demora en la atención del paciente en su domicilio por un Facultativo, al encontrarse ocupado en otro aviso domiciliario el único medio de transporte de que se dispone para dichos desplazamientos, señalando además que el aviso, como ya se ha indicado, había sido considerado como demorable.*

CUARTA: *Que posteriormente la familia del paciente comunicó al 061 el empeoramiento del mismo, indicando la teleoperadora esperar a la atención médica ya solicitada la cual tuvo lugar 20 minutos después.*

QUINTA: *Que el proceso respiratorio por el que se había solicitado la valoración del paciente llevaba varios días de evolución, sin que se hubiera consultado previamente por el mismo y que, ante el empeoramiento progresivo que apreció el Médico que acudió al domicilio, se realizó un traslado urgente al hospital más próximo donde ingresó consciente.*

SEXTA: *Que el paciente ingresó en el Hospital de Calahorra con un cuadro de insuficiencia respiratoria global que no respondió al tratamiento médico pautado, por el que falleció.*

Estamos ante el caso de un paciente diagnosticado de un linfoma mediastínico de alto grado de malignidad del que recientemente se había constatado su progresión, que presentaba un importante deterioro físico y para el que se solicitó su valoración médica domiciliaria por un cuadro respiratorio de días de evolución, por el que no había consultado previamente. En el transcurso de la espera de la llegada del Médico al domicilio experimentó un empeoramiento rápido y progresivo por el que finalmente falleció, no pudiendo considerar, con los datos analizados, que el margen de tiempo transcurrido en recibir atención médica condicionara el fallecimiento del paciente.

Con la misma fecha, el informe es remitido a la Compañía de Seguros Z..

Sexto

El 14 de julio de 2005, D^a. Cristina B.M. solicita copia del expediente a la funcionaria del Servicio de Asesoramiento y Normativa de la Consejería.

Y el siguiente 22 de julio de 2005, la Jefa de Sección de Recursos se dirige a la otra interesada, D^a. Francisca M.H., comunicándole que la instrucción del expediente ha concluido, dándole vista del mismo por un plazo de 15 días en el que podrá formular alegaciones y presentar los documentos que estime oportunos.

Séptimo

El 8 de agosto de 2005, la madre del fallecido se dirige a la Consejería solicitando una copia íntegra de todas las grabaciones telefónicas relacionadas con el expediente, copia que le es remitida a la interesada el siguiente día 19 de septiembre. El 16 anterior, la Jefa de Sección de Recursos había enviado otra copia de las grabaciones a la Compañía de Seguros Z..

Octavo

Mediante escrito de fecha 4 de noviembre de 2005, D^a. Francisca M.H. presenta alegaciones en las que analiza las grabaciones de las diferentes llamadas que se efectuaron al SOS Rioja y concluye que dicho Servicio cometió un error de valoración médica, al considerar que la llamada no era un M2 (urgencia diferible) y que el retraso de la ambulancia es la causa del fallecimiento. En el escrito solicita una copia de la conversación entre la madre del fallecido y la médica encargada de valorar la urgencia.

Noveno

El 14 de diciembre de 2005, la Jefa de Sección de Recursos remite a la interesada una copia de la grabación de la conversación entre ésta, que fue persona que llamó solicitando la ambulancia, y la Médico regulador del Servicio de Urgencias 061. Una copia esta grabación es enviada a la Compañía de Seguros Z.

Décimo

Con registro de entrada el 17 de febrero de 2006, las interesadas presentan escrito ratificándose en lo ya manifestado en su escrito de alegaciones anterior y, tras la escucha de la grabación de la conversación entre la madre del fallecido y la Médico regulador del Servicio de Urgencias 061, insisten en que ésta no valoró correctamente la urgencia.

Décimo primero

Con fecha 10 de marzo, la Instructora del expediente emite propuesta de Resolución en la que propone *"que se estime parcialmente la reclamación que por responsabilidad patrimonial de esta Administración formulan D^a Francisca M.H. y D^a M^a Cristina B.M., en la cual solicitan una cuantía indemnizatoria de 158.296,50 como consecuencia del fallecimiento de D. Pedro Mateo B.M., y, en consecuencia, que se les abone la cantidad de 9.000 €".*

Décimo segundo

El Secretario General Técnico, el siguiente día 14 de marzo, remite a la Letrada de los Servicios Jurídicos el expediente íntegro para su preceptivo informe, que es emitido favorablemente el 22 de marzo.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito fechado el 30 de marzo de 2006, registrado de entrada en este Consejo el 5 de abril del mismo año, el Excmo. Sr. Consejero de Salud del Gobierno de La Rioja, remite al Consejo Consultivo de La Rioja para dictamen el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

Mediante escrito de 5 de abril de 2006, registrado de salida al día siguiente, el Sr. Presidente del Consejo Consultivo de La Rioja procedió, en nombre del mismo, a acusar recibo de la consulta, a declarar provisionalmente la misma bien efectuada, así como a apreciar la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

Tercero

Asumida la ponencia por el Consejero señalado en el encabezamiento, la misma quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo señalada.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

Necesidad y ámbito del dictamen del Consejo Consultivo.

El art. 12 del Reglamento de los Procedimientos en materia de Responsabilidad Patrimonial de las Administraciones Públicas, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26

de marzo, dispone que, concluido el trámite de audiencia, se recabará el dictamen del Consejo de Estado o del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma cuando dicho dictamen sea preceptivo, para lo que se remitirá todo lo actuado en el procedimiento y una propuesta de resolución.

Por tanto, es a la legislación vigente en el momento procedimental inmediatamente posterior a la conclusión al trámite de audiencia a la que hay que atender para determinar la preceptividad del dictamen del Alto Órgano Consultivo correspondiente, aunque fuera otra normativa la vigente en fases anteriores del procedimiento.

Pues bien, en el caso de la Comunidad Autónoma de La Rioja, el artículo 11 -g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja determinaba la preceptividad de nuestro dictamen en las reclamaciones de responsabilidad patrimonial de la Administración cualquiera que fuera la cuantía de las mismas. Esta normativa ha sido modificada por la D.A. 2ª de la Ley 4/2005, de 1 de junio, de Funcionamiento y Régimen Jurídico de la Administración de la Comunidad Autónoma de La Rioja, que ha redactado de nuevo el precitado art. 11 g) de nuestra Ley reguladora, limitando la preceptividad de nuestro dictamen a las reclamaciones de cuantía indeterminada o superiores a 600 €. Esta limitación entró en vigor, junto con el resto de los preceptos de la Ley 4/2005, el 7 de septiembre de 2005, al no contener dicha Ley ninguna norma transitoria al respecto, ya que su D.T. Única sólo la establece para los procedimientos sancionador y de elaboración de disposiciones generales, preceptuando que los iniciados antes de su entrada en vigor continuarán rigiéndose por la legislación anterior.

Por consiguiente, este Consejo Consultivo entiende que las reclamaciones de responsabilidad patrimonial de la Administración, en cuyo procedimiento haya concluido el trámite de audiencia con fecha posterior a 7 de septiembre de 2005 y nos sean remitidas para dictamen, sólo serán de dictamen preceptivo, cualquiera que fuere su fecha de iniciación, si su cuantía es indeterminada o superior a 600 €, considerándose las demás de dictamen facultativo.

Aplicando esta doctrina al presente caso, nuestro dictamen resulta ser preceptivo, ya que la cuantía de la reclamación es superior a 600 €.

En cuanto al contenido del dictamen, éste, a tenor del art. 12.2 del citado Real Decreto 429/1993, ha de pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de la indemnización, considerando los criterios previstos en la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Segundo

Sobre los requisitos exigidos para que surja la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 de la Constitución y 139.1 y 2 141.1 LRJ-PAC) reconoce a los particulares el derecho a ser indemnizados de 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 normal o anormal de los servicios públicos, entendido como cualquier hecho o actuación enmarcada dentro de la gestión pública, sea lícito o ilícito, siendo necesario para declarar tal responsabilidad que la parte reclamante acredite la efectividad de un daño material, individualizado y evaluable económicamente, que no esté jurídicamente obligado a soportar el administrado, y debiendo existir una relación de causa a efecto directa e inmediata, además de suficiente, entre la actuación (acción u omisión) administrativa y el resultado dañoso para que la responsabilidad de éste resulte imputable a la Administración, así como, finalmente, que ejercite su derecho a reclamar en el plazo legal de un año, contado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo.

En el presente caso, son varias las cuestiones que merecen ser analizadas para determinar, no sólo si efectivamente se ha producido un daño como consecuencia directa de la actuación de los servicios sanitarios, sino, incluso, cual sea ese daño, ya que la propuesta de resolución admite la responsabilidad de la Administración, pero limitando el daño indemnizable a la angustia producida por el retraso en la prestación de asistencia, excluyendo el fallecimiento al considerar que éste se hubiera producido igualmente ,aun en el supuesto de una atención rápida y diligente.

Partiendo de la reclamación inicial de las interesadas, este Consejo advierte de la falta de exactitud en el escrito presentado por ellas o, por lo menos, la omisión de datos que son relevantes para resolver este expediente. Si bien es cierto que en el escrito se afirma que el fallecido estaba siendo tratado de una grave enfermedad, linfoma de mediastino, también se dice que era un joven de 42 años que hubiera salvado su vida de haber sido atendido con mayor rapidez.

Olvidan las reclamantes el largo historial clínico del fallecido que resume la instructora en la primera conclusión de su informe de 9 de marzo de 2005, según la cual "*D. Pedro Mateo B.M., con fecha 13/01/04, padecía un linfoma difuso de células B de alto grado primario mediastínico con progresión a nivel abdominal, por el que se encontraba en tratamiento con quimioterapia en segunda línea habiendo recibido pocos días antes un ciclo del tratamiento, encontrándose entonces con un estado de caquexia, NEG y disnea de esfuerzo y habiendo necesitado transfusión de concentrado de hematíes*". A este cuadro

clínico, que afectaba al interesado en el tiempo inmediato anterior a su fallecimiento, habría que añadir los hábitos y otras patologías del paciente quien, según informes de altas del Complejo Hospitalario *San Millán-San Pedro*, era un fumador diario de 40 cigarrillos, ingería entre 40 a 60 cervezas diarias y padecía de bronquitis crónica, hepatitis VHC positivos y VIH estadio B2 en tratamiento anti-retroviral, costumbres y enfermedades determinantes de un serio quebranto de su salud, pese a su edad.

Pero, aclarada la grave multipatología del fallecido, hemos de analizar si la actuación de los Servicios de Urgencias riojanos fue acorde con la *lex artis*. Para ello contamos, como medio de prueba en el presente expediente, al que reconocemos plena eficacia, el de las grabaciones de las conversaciones telefónicas mantenidas entre la madre y un primo del fallecido y los Servicios de Urgencias. A la luz de estas grabaciones, en concreto del segundo CD-ROM que contiene la conversación entre la Médico reguladora de los Servicios de Urgencia y la madre del fallecido, este Consejo entiende que hubo un error de valoración por parte de la Médico que calificó la llamada de M2 (urgencia moderada leve con posibilidad de demora) cuando, antes de hablar con la madre, la telefonista del 061 ya le comunicó que el enfermo estaba siendo tratado de cáncer linfático y que se estaba ahogando, para seguidamente hablar con la madre y escuchar cosas como *no puede respirar, que suban rápido, ya lleva un día malo, tiene algo de catarro, tiene fiebre*. La Médico reguladora, que ante estas manifestaciones debía haber enviado sin demora alguna una ambulancia o un Médico al domicilio del fallecido, pregunta a la madre de éste que qué es lo que prefiere, si una ambulancia o un Médico, contestando la madre, persona de avanzada edad, probablemente de escasa cultura y, desde luego, carente de conocimientos médicos para responder a una pregunta de tal trascendencia, que acudiera un Médico y que éste decidiera qué hacer con el enfermo. La Médico califica de M2 la urgencia y comunica al servicio que deben enviar un médico al domicilio del enfermo porque esta siendo tratado de cáncer y tenía *un cuadro catarral con disnea*, cuando el hecho de que el enfermo no pudiera respirar y se estuviera ahogando son síntomas claros de precisar un servicio sin demora alguna.

Las siguientes llamadas, todas ellas angustiosas al ver cómo el enfermo empeoraba y nadie acudía al domicilio, debían haber alertado a los Servicios de Urgencia de la necesidad imperiosa de enviar una ambulancia y un Médico al domicilio, puesto que se llamó hasta tres veces más solicitando en alguna de esas llamadas una ambulancia y manifestando en varias ocasiones que el enfermo se moría, que no podía respirar y que se iba, todo lo cual debía haber inquietado al menos a los Servicios de Urgencias, que no hicieron nada y esperaron a que el taxi con el que cuenta el Hospital de Calahorra quedara libre para poder acudir con el Médico a Autol.

Entendemos, en definitiva, que la actuación de los Servicios de Urgencia fue gravemente negligente y contraria a la *lex artis*, en cuanto que hubo un error de calificación de la urgencia de la llamada, un retraso inusual de más de una hora para que acudiera el

Médico y una falta de atención de las sucesivas llamadas de los familiares al Servicio de Urgencia quienes, conocedores del empeoramiento del fallecido, no rectificaron la primera valoración y enviaron una ambulancia inmediatamente, sino que ésta tardó en llegar al domicilio una hora y media a contar desde la primera llamada.

La propia Administración, al admitir que hubo un retraso en la atención domiciliaria y reconocer una indemnización a las reclamantes, está implícitamente asumiendo una negligente actuación.

El problema de fondo que se nos plantea en el presente supuesto, y que viene a ser el *quid* de la cuestión, no es otro que saber si la muerte del Sr.B.M. es consecuencia de la negligente actuación de los Servicios Sanitarios riojanos o si, de lo contrario, la muerte no hubiera podido evitarse de haber sido atendido correctamente el enfermo. Dicho de otra forma, si existe una relación de causalidad entre el servicio prestado y la muerte del Sr.B.M..

Como acertadamente cita la propuesta de resolución obrante en el expediente, el Tribunal Supremo en su Sentencia de 5 de junio de 1991 distingue cuatro tipos de daños sufridos por los pacientes

a) Los daños que la enfermedad produce necesariamente, a pesar de todos los tratamientos médicos por adecuados y eficaces que ellos sean, ya que vienen impuestos por el carácter caduco y enfermable de la condición humana.

b) Aquellos daños que son intrínsecos al tratamiento como tal y que, por ello, se producen de modo necesario y justificado por su finalidad terapéutica.

c) Daños producidos por la enfermedad pero que son evitables con un tratamiento médico prestado a tiempo y adecuado y que su producción es debida a la falta de asistencia sanitaria o a que la prestada no fue la adecuada.

d) Aquellos otros que el tratamiento médico produce, al margen de su finalidad terapéutica, y que son daños producidos, bien porque no es el tratamiento procedente o adecuado el prestado, o porque en su realización se introducen circunstancias que lo desnaturalizan y que son ajenas a la constitución individual del enfermo.

Se afirma en la citada Sentencia que sólo son susceptibles de indemnización los dos últimos supuestos y, como en la propuesta se entiende que el fallecimiento del Sr. B.M. se encuadra dentro del primer supuesto, no reconoce que exista relación de causalidad.

Este Consejo no está de acuerdo con la propuesta de resolución y cree que, si bien las

interesadas no han acreditado que la muerte se hubiera evitado con una adecuada asistencia, la Administración tampoco ha acreditado el extremo contrario, es decir, que de haber sido atendido de forma correcta, no se hubiera salvado o, al menos prolongado, la vida del fallecido. Entendemos que el daño sufrido por el paciente ha de encuadrarse dentro del tercer supuesto, *daños producidos por la enfermedad, pero que son evitables con un tratamiento médico prestado a tiempo*.

El hecho de que el paciente adoleciera de patologías graves, descritas anteriormente, que no presagiaban una clara longevidad, y el no haber atendido las prescripciones del Servicio de Oncología que aconsejaban acudir a dicho Servicio o al de Urgencias en caso de fiebre, concurren con la negligente actuación de la Administración en la producción del resultado luctuoso. En el historial clínico del fallecido constaba que debía acudir a los Servicios de Oncología en caso de sufrir fiebre y, pese a llevar por lo menos un día enfermo, no se acudió a dicho Servicio. Este hecho, junto con las diferentes patologías que padecía el fallecido, han coayudado directamente al fallecimiento, no pudiendo obviarse estos datos a la hora de determinar la responsabilidad de la Administración.

De acuerdo con lo expuesto anteriormente, existe relación de causalidad determinante de la obligación de indemnizar por parte de la Administración, con las matizaciones que, en cuanto a los beneficiarios y a la cuantía, haremos en el siguiente Fundamento de Derecho.

Tercero

Beneficiarios y cuantía de la indemnización.

La reclamación se plantea inicialmente por la madre y hermana del fallecido, solicitando unas cantidades, por distintos conceptos globales, sin que la propuesta de resolución entre en este tema de la legitimación activa, por cuanto atribuye a las dos la indemnización que reconoce sin especificar porcentajes de participación, lo que implicaría dividir aquélla por mitad e iguales partes, en aplicación del principio sancionado en el art. 1.138 del Código Civil.

Sin embargo, en opinión de este Consejo es la madre la única legitimada para reclamar y a ella corresponderá la indemnización íntegra que, en su caso, se reconozca. Esta solución tiene su apoyo en el doble criterio de naturaleza y proximidad de parentesco y de convivencia. Según el escrito de reclamación, la hermana tiene su domicilio en Logroño, mientras que el de la madre, en Autol, es el mismo que, según el historial clínico del fallecido, tenía éste. No consta tampoco que la hermana estuviera presente cuando aquél sufrió la crisis que motivó las llamadas a los Servicios de Urgencia, que, al parecer, fueron efectuadas por otra persona.

Finalmente, por lo que se refiere a la cuantía de la indemnización, entendemos que, a la cantidad de 9.000 €, que la propuesta de resolución reconoce como resarcimiento del *"daño moral concretado en la angustia de los familiares por el retraso en la llegada del recurso sanitario"*, debe añadirse otra que resarza el daño moral por la pérdida de un hijo con el que vivía y cuya vida, de haber sido atendido con prontitud, podría haberse prolongado.

La dificultad radica en cuantificar el *pretium doloris*, como hemos puesto de relieve en dictámenes anteriores, especialmente en el Dictamen 75/2004, de 10 de septiembre, en el que se analizaba también la posibilidad y limitaciones de la aplicación analógica de baremos establecidos en ámbitos distintos al de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

Como decíamos en dicho Dictamen, *"a la hora de efectuar la valoración, la jurisprudencia de nuestro Tribunal Supremo, seguida por la de la Audiencia Nacional y otra menor de los Tribunales Superiores de Justicia (SS. TS de 20 de octubre de 1987, Ar. 8676; 15 de abril de 1988, Ar. 3072, 5 de abril y 1 de diciembre de 1989, Ar. 2816 y 89929), ha optado por efectuar una valoración global que, a tenor de la Sentencia del TS de 3 de enero de 1990 (Ar. 154), derive de una "apreciación racional aunque no matemática" pues, como refiere la Sentencia del mismo Alto Tribunal de 27 de noviembre de 1993 (Ar. 8947), se "carece de parámetros o módulos objetivos", debiendo ponderarse todas las circunstancias concurrentes en el caso, incluyendo, en ocasiones, en dicha suma total el conjunto de perjuicios de toda índole causados, aun reconociendo, como hace la Sentencia de 23 de febrero de 1988 (Ar. 1451), "las dificultades que comporta la conversión de circunstancias complejas y subjetivas", en una suma dineraria. La Sentencia del TS de 19 de julio de 1997 (AR. 6732) habla de la existencia de un innegable "componente subjetivo en la determinación de los daños morales".*

En una valoración global, atendiendo ponderadamente a todas las circunstancias concurrentes en el caso, que hemos estudiado en el fundamento precedente, consideramos que el importe de la indemnización total a que tiene derecho la madre del fallecido debe ser el de 60.000 €.

CONCLUSIONES

Primera

Existe responsabilidad patrimonial de la Administración Pública Sanitaria de la Comunidad Autónoma de La Rioja por el funcionamiento anormal de los servicios de urgencias, que fue causa coadyuvante del resultado lesivo.

Segunda

El daño se valora en 60.000,- €, que se abonarán a D^a. Francisca M.H. con cargo a la partida que corresponda de los Presupuestos de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

Este es el dictamen que pronunciamos, emitimos y firmamos en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.