

Expediente Núm. 43/2008
Dictamen Núm. 398/2009

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón
Jiménez Blanco, Pilar

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 17 de diciembre de 2009, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 8 de febrero de 2008, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños derivados del fallecimiento de su esposo y padre como consecuencia de la, a su juicio, deficiente asistencia sanitaria.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 24 de abril de 2006, tiene entrada en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por los interesados por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de lo que consideran un anormal funcionamiento del Centro de Salud

Inician su escrito refiriendo que “el pasado 18 de marzo de 2006, sobre las 15:15 horas”, el perjudicado “acudió al Centro de Salud (...) aquejado, muy mareado y sin apenas poder caminar, siendo auxiliado por su esposa (...). El centro sanitario permanecía abierto el sábado 18 de marzo en horario prolongado con servicio permanente de urgencias y, dado que (...) se puso repentinamente indispuerto acudieron al centro sanitario en busca del auxilio médico./ Cuando llegaron al centro de salud, dejando su vehículo estacionado a la puerta del mismo, dado el estado de mareos” que presentaba “se dirigieron al personal que en ese momento había en el centro de salud y que se limitaba a una guardia de seguridad, la cual les tomó sus datos, explicándole mi mandante las dolencias (...), mandándoles seguidamente (...) que se dirigiesen a la sala de espera./ Ante esta situación” la esposa del perjudicado “le preguntó a la guardia de seguridad dónde se encontraba el médico y si este había ido a realizar alguna asistencia a domicilio, respondió la guardia de seguridad:/ ` que no, que el médico se encontraba comiendo, que llegaría enseguida, que esperasen en la sala `”.

Continúan relatando que, “dado que los minutos transcurrían y el médico no llegaba, ni recibían asistencia médica por parte de otro personal sanitario, -el centro se encontraba totalmente vacío de personal sanitario, ATS, u otro facultativo que pudiera hacer una primera valoración asistencial (la esposa) se dirigió nuevamente y en repetidas ocasiones a la guardia de seguridad para que por favor avisase al médico de urgencias ya que el estado de su esposo iba empeorando por minutos./ Tal fue la angustia y sufrimiento que soportó (la esposa) en aquellos largos 40 minutos de espera en que el médico no llegaba y su esposo iba empeorando que (...) le solicitó encarecidamente a la guardia de seguridad que avisase a una ambulancia para que trasladasen a su esposo a Urgencias del (Hospital) ya que no podía esperar más a que llegase el médico”. Ante esta situación, la guardia de seguridad les dijo que se tranquilizaran y que esperaran, ya que el médico no tardaría, y se deja constancia de que en esos minutos de espera vivió la esposa gran

desesperación al verse incapaz de trasladar al marido en su vehículo al hospital, ya que “este tenía fuertes dolores y se encontraba moribundo, llorando, y acostado en una hilera de sillas de la sala de espera (...). Cuando el médico de urgencias llegó al Centro de Salud a las 15:55 horas se encontró al (perjudicado) tumbado diciéndole incorrectamente que se levantara y se dirigiese a la consulta (...). Ante los reproches de (la esposa) al facultativo por su inexplicable tardanza, este le manifestó que “le habían avisado hacía cinco minutos y que la persona que valora las urgencias es el guardia de seguridad”.

Añaden que “finalmente, sobre las 16:20 horas, se personó (...) una UVI móvil”, llegando sobre esa misma hora al centro de salud “el personal de ATS” y que el enfermo fallece en la UVI móvil, según el certificado médico, por “parada cardiorrespiratoria a consecuencia de posible síndrome coronario agudo”.

Concluyen los reclamantes que el fallecimiento tuvo lugar “después de una larga espera en el centro sanitario (...), con supuestamente todos los medios médicos a su alcance pero sin recibir ninguno por el simple motivo de que el médico de urgencias, la ATS y demás personal se encontraban comiendo” y sostienen que, aunque la medicina es una ciencia de medios y no de resultado, no se dispensa asistencia sanitaria “cuando los medios son nulos, aparentes, irrisorios, inexistentes o su supuesta apariencia produce en nosotros, ciudadanos, la confianza de acudir a los mismos en nuestro auxilio teniendo como fatal desenlace el fallecimiento por falta de asistencia médica”.

Solicitan, en concepto de indemnización, la cantidad de ciento veinte mil cuatrocientos veinte euros con veinticuatro céntimos (120.420,24 €), de los cuales 96.614,12 € serían para la esposa; 8.051,18 € para cada hijo, 1.069,01 € por los importes dejados de percibir por la esposa como consecuencia de la situación de baja en la que se encuentra; 3.612 € por los días de paralización del vehículo del perjudicado, cuya actividad profesional era la de transportista autónomo; y 3.022,75 € por gastos de sepelio.

Adjuntan a su escrito copia de los siguientes documentos: a) Certificado médico de defunción. b) Parte médico de baja de incapacidad temporal de la esposa del fallecido, de fecha 25 de marzo de 2006.

Como medios de prueba, solicitan: “librar oficio al Servicio de Urgencias del 112 (...), a los efectos de que emita listado de llamadas realizadas por este servicio al número de teléfono de la persona que actuaba como médico de guardia (...) el día 18 de marzo de 2006 entre las 15:15 horas y las 17:30 horas, así como de las llamadas recibidas en dicha franja horaria por el guardia de seguridad para que avisasen a los servicios médicos (...). En el supuesto de que los servicios médicos hubieran sido requeridos por otro medio telefónico distinto del servicio de urgencias del 112, se acuerde requerir tanto a la guardia de seguridad como al médico de guardia y al ATS para que informen sobre el medio en que fue comunicada la urgencia y los números de teléfono en que se realizó y se recibió el aviso (...). Oficiar a los servicios de telefonía móvil o `servicio de busca` para que emitan certificado de las llamadas recibidas y realizadas el día 18 de marzo de 2006 entre las 15:15 horas y las 17:30 horas (...). Se determine la identidad y filiación del médico de guardia destinado en el Centro de Salud el día 18 de marzo, así como del ATS y guardia de seguridad y se proceda a solicitar declaración de las tres personas implicadas a los efectos de determinar su actuación y las causas que provocaron la falta de asistencia médico/sanitaria (...). Se determine el protocolo a seguir en los centros sanitarios con servicio de urgencias, y en concreto cuál era el protocolo a seguir en situaciones como la que se dio el día 18 de marzo de 2006 en el referido centro sanitario (...). Se solicite informe y copia de las actuaciones realizadas por el Servicio de Coordinación del Área de Salud a los efectos de determinar las causas que provocaron la falta de asistencia facultativa (...) con resultado de muerte y se aporte copia de todos los informes e investigación realizada por el Servicio de Salud del Principado de Asturias (...). Vista y copia del expediente y traslado de todas las actuaciones que se realicen teniendo a esta parte como interesada y perjudicada en el citado procedimiento con

instrucción de todo lo actuado a esta parte./ Aquellas otras diligencias cuya práctica se estime o se proponga a resultas de las citadas”.

2. Mediante escrito de 5 de mayo de 2006, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias comunica a la interesada que suscribe en primer lugar la reclamación la fecha en que la misma tuvo entrada en el Principado de Asturias y las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará. Asimismo, le indica que “transcurridos seis meses, a contar desde el día siguiente al de recibo de la presente notificación, o el plazo que resulte de añadirles un periodo extraordinario de prueba, sin que haya recaído resolución expresa, podrá entenderse desestimada su solicitud”. Finalmente, a la vista de las noticias aparecidas en los medios de comunicación, requiere para que “nos comunique en el plazo de 10 días, contados a partir del siguiente al de recibo de la presente notificación, si se han abierto diligencias penales por estos mismos hechos”.

3. Con fecha 10 de mayo de 2006 se incorpora al expediente diversa documentación que la Gerente de Atención Primaria del Área Sanitaria IV remite al Servicio instructor atendiendo a una petición de la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias (Sespa). Entre ella figuran una copia del informe emitido por los profesionales sanitarios afectados, una del parte de la vigilante de seguridad y otra de un artículo de un diario regional, publicado el día 6 de abril de 2006, que recoge información sobre las circunstancias del fallecimiento y una breve entrevista con la viuda.

En el informe, suscrito conjuntamente el día 6 de abril de 2006 por el médico y la enfermera que hacían la guardia en el Centro de Salud el día 18 de marzo de 2006, se indica que ese día salieron del centro hacía las 14:30 horas con los teléfonos-busca y que, a las 15:45 horas aproximadamente, “el médico recibe una llamada del centro de salud por un paciente mareado, dando indicaciones de actuación hasta su llegada”. Afirman que el médico llegó a los

cinco minutos y que se encontró con el paciente “tumbado en la sala de espera acompañado de su esposa, refiriendo dolor torácico y con clínica vagal acompañante./ Se le traslada a la consulta n.º 2, administrándole, tras toma de tensión arterial y exploración dos comprimidos de Vernies (...), media aspirina de adulto y oxígeno por gafas nasales. Se realiza ECG. Ante la mala respuesta al tratamiento y la situación del paciente solicito UVI móvil a través del 112 (requiriendo de dos llamadas para ello por colapso asistencial en la línea del SAMU)./ Me pongo en contacto con la enfermera a través del teléfono busca y administro otros dos comprimidos de Vernies tras comprobar de nuevo tensión arterial (TA:100/70). Por intensidad del dolor se aplica media ampolla de cloruro mórfico (...). Llega la enfermera y se explica la situación procediendo a la canalización de acceso venoso periférico. Terminada la técnica entra por la puerta el equipo de la UVI móvil haciéndose cargo de la situación del paciente (...). Monitorizan visualizando el ECG y estabilizan previo traslado. Durante ese tiempo se cita en el OMI (16:15 h) al paciente, accediendo a su historial para facilitar datos./ Deciden subirlo a (Urgencias del Hospital) y se incorpora en la camilla de la ambulancia./ En el momento de salir por la puerta de la consulta, pedimos a su esposa que entrase para informarle de la mala situación del paciente y su traslado al Servicio de Urgencias hospitalarias”.

En el parte de vigilancia del día de los hechos, cubierto por la guardia de seguridad, figura que acude el enfermo con su esposa a las 15:20 horas, “los cuales hacen entrega de la cartilla sanitaria para la toma de datos, hecho que se hizo de modo normal y habitual. Una vez tomados los datos, el matrimonio va a los sillones y toman asiento, indicando la esposa que su esposo se encuentra un poco mareado, a lo cual le comento que si ve que se pone peor (me) lo indique para avisar al médico inmediatamente. La Sra. se dirige a mí para hacerme saber que su esposo se encuentra peor, procediendo a llamar al médico y a su vez tratando de calmar a la Sra. que se encontraba en un estado de nerviosismo./ El médico me indica que abra la consulta y entre el paciente. Le indico a la Sra. que pase a la consulta y ésta dice que no, que quiere que

siga recostado su esposo en el asiento. Vuelvo a llamar al médico para saber si iba a tardar, comunicándole que la Sra. no coopera nada, indicándome que estaba a la vuelta de la esquina del centro de salud. Efectivamente el médico se persona con toda celeridad, atendiendo al paciente en su consulta./ A continuación llega la enfermera y poco después la UVI móvil. Transcurrido un tiempo salen con el paciente en la camilla, dirigiéndose a la UVI móvil que se encontraba en el exterior del centro de salud, siendo atendido el paciente dentro de la UVI en un tiempo aproximado de $\frac{3}{4}$ de hora. En el transcurso de todo este tiempo, la esposa llama dos veces al centro de salud, en un intervalo de tiempo más o menos de $\frac{1}{4}$ de hora interesándose por su esposo y si se encontraba la UVI en el centro (...). A la segunda llamada le indico que la UVI se había ido, sin saber hacia dónde y sin poder informar del estado del marido./ Posteriormente me entero por el médico que el Sr. había fallecido en la UVI”.

En la noticia publicada en el diario regional, además de otros detalles sobre el caso, figura que al preguntarle a la esposa del fallecido por qué no fueron directamente a Urgencias del Hospital ésta contesta que “porque mi marido salió de casa con un simple mareo”.

4. Con fecha 18 de mayo de 2006, el Inspector actuante solicita a la Coordinadora de la Unidad de Atención de Urgencias y Emergencias Médicas un listado de las llamadas que se hicieron el día de los hechos entre las 15:00 y las 17:30 horas, entre el Centro de Salud y el Centro de Coordinación de Emergencias del 112. Con esa misma fecha, requiere a la Dirección Gerencia de Atención Primaria del Área Sanitaria IV, un listado de las llamadas que en el mismo tramo horario se hicieron desde los teléfonos del centro de salud al móvil asignado al facultativo que aquel día se encontraba de guardia, así como información sobre la organización asistencial de la atención continuada de los sábados en el citado centro de salud y sobre el “Protocolo de actuación establecido en los centros sanitarios de Atención Primaria del Área Sanitaria IV ante demandas de asistencia urgente en horario de atención continuada”.

5. El día 24 de mayo de 2006, los interesados presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito, firmado por un representante, en el que se manifiesta “que esta parte, con fecha 20 de marzo de 2006, procedió a interponer denuncia ante el Juzgado de Guardia de los de Oviedo por un supuesto delito de omisión del deber de socorro, dado que el esposo y padre de mis mandantes había fallecido en el Centro de Salud después de una larga espera de cuarenta minutos en el centro asistencial y habiendo acudido al mismo en busca de auxilio médico-sanitario”.

6. Con esa misma fecha, la Gerente de Atención Primaria del Área Sanitaria IV remite al Servicio instructor un informe en el que se expone que “en el listado de llamadas efectuadas al médico de guardia (desde el centro de salud) se observa que se hizo una única llamada a las 15:46 horas y que, según la hoja de registro de entradas, fue 26 minutos después de la entrada del paciente en el centro”. También se explica que en el Centro de Salud la atención continuada en sábados es realizada por un médico y un profesional de enfermería, en régimen de presencia física de 8:00 a 14:00 horas y de 16:00 a 22:00 horas. De 14:00 a 16:00 horas el régimen es presencia localizada./ De 8:00 a 15:00 horas los profesionales sanitarios están acompañados de un auxiliar administrativo y de 15:00 a 22:00 horas por personal de seguridad (en el día de los hechos una vigilante). Asimismo refiere que “no existe un protocolo escrito ante demandas urgentes” y que, “ante una persona que solicita ser vista de manera inmediata, el procedimiento habitual -por parte del personal auxiliar- es la recepción del paciente, registro de sus datos de filiación, hora de llegada y aviso inmediato al personal sanitario para establecer la actuación que considere más correcta./ En el caso de que el personal sanitario no esté presente (por estar realizando una atención domiciliaria) siempre existe, como segunda opción, la llamada al 112 que movilizará el recurso más adecuado”.

Adjunta distintas hojas donde figuran reflejadas peticiones de información y mensajes para aclarar los registros telefónicos del día de los hechos y una hoja de registro de ese mismo día en la que se recogen los datos de los pacientes a su llegada al centro, cubierta por la vigilante de seguridad, donde aparecen los datos de 14 pacientes, constando en primer lugar los del fallecido, que fueron recepcionados entre las 15:20 y las 16:49 horas. Se consigna en cada uno de estos registros el nombre del facultativo que le corresponde, y la hora exacta en que este fue avisado de la demanda de asistencia. Según esta hoja de registro, la guarda de seguridad avisó al facultativo de la llegada del paciente fallecido a las 15:20 horas.

7. El día 29 de mayo de 2006, tiene entrada en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de la representante de los reclamantes dirigido al Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias en el que solicita que “se proceda a dar vista de los informes solicitados y en consecuencia (...) a librar testimonio de las actuaciones realizadas por el Servicio de Coordinación del Área de Salud IV (...), a los efectos de determinar las causas que provocaron la falta de asistencia” al perjudicado y que “se libre testimonio de todos los informes e investigaciones realizada por el Servicio de Salud del Principado de Asturias y remitidos a ese Servicio de Inspección Sanitaria por la Gerencia de Atención Primaria del Área Sanitaria IV”.

8. Con fecha 8 de junio de 2006, se notifica a los interesados una resolución del órgano instructor por la que se acuerda “declarar la suspensión del procedimiento administrativo en tanto recaiga resolución firme en el orden penal”.

9. El día 15 de junio de 2006, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias remite a la interesada que suscribe en primer lugar la

reclamación una copia de los documentos obrantes en el procedimiento indicándole que no consta en el expediente acreditación de la representación.

10. Obra incorporado al expediente un informe, emitido el día 27 de abril de 2006 por un Médico Inspector del Área de Inspección de Oviedo, en el que se propone la “modificación del sistema organizativo de la atención continuada en el centro de salud”, después de llegar a las siguientes conclusiones: “el paciente fallecido tuvo que esperar durante 40 minutos, aproximadamente, para recibir atención médica tras acudir al centro de salud./ La ausencia del personal sanitario, médico y enfermera, del centro de salud era correcta, pues así está establecido en la organización de la atención continuada”, que prevé “para el horario de comida dos horas de guardia localizada, permaneciendo únicamente en el centro sanitario durante ese periodo de tiempo la vigilante de seguridad./ La vigilante de seguridad anotó los datos del paciente, le informó que no estaba el médico y le indicó a la esposa del fallecido, cuando esta le comentó que estaba un poco mareado, que le informase si se ponía peor para avisar al médico, lo que hizo posteriormente al empeorar el estado del enfermo./ La actuación del personal sanitario de atención continuada del centro de salud como la del SAMU, una vez personados en el centro sanitario, fue correcta./ La organización de la atención continuada en el centro de salud no es adecuada, toda vez que no resulta correcto que, durante los periodos de guardia localizada, la decisión de avisar al médico para la atención de un paciente, a través del vigilante de seguridad, dependa de la valoración del propio paciente y su familia que, lógicamente, carecen de los conocimientos clínicos adecuados”. Se adjunta al presente informe diversa documentación entre la que figura una nota interior remitida por el Coordinador Médico a la Jefa de la Unidad de Coordinación de Atención a las Urgencias y Emergencias Médicas en la que consta que la llamada al SAMU se produjo a las 16:11 horas; que se envió una UVI móvil al centro de salud, llegando a este a las 16:21; que, tras valorar inicialmente al paciente y ante la clínica que presentaba, se decidió y se

preparó su traslado al Servicio de Urgencias del Hospital; que al introducir al paciente en la UVI móvil, a las 16:39 horas, sufre una parada cardio-respiratoria, por lo que se inician las maniobras correspondientes, y que a las 17:15 horas se suspenden las mismas por falta de respuesta.

11. Con fecha 17 de octubre de 2006, la representante de los interesados presenta un escrito en el registro de la Administración del Principado de Asturias en el que solicita una copia “del informe emitido el pasado mes de septiembre por el Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias” en orden a determinar la responsabilidad y las causas que provocaron la falta de asistencia al perjudicado.

12. El día 28 de octubre de 2006, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias envía a la primera interesada la documentación requerida. Asimismo, le recuerda que la solicitante de aquella no tiene acreditada su representación en este procedimiento.

13. Con fecha 12 de diciembre de 2006, emite informe una asesoría privada, suscrito por cuatro especialistas en Medicina Interna. En él se concluye que “el paciente falleció por muerte súbita” porque el proceso que padeció “ocurre en una persona que previamente está clínicamente estable y muere en la primera hora después de la aparición de los síntomas”. En ausencia de necropsia “no se puede asegurar cuál fue la causa de la muerte, pero por su frecuencia y por ir precedida de dolor torácico, la causa más probable es infarto agudo de miocardio (...). La actuación médica en este caso (fue) correcta y acorde a la lex artis ad hoc (...). El retraso de 30 minutos en la asistencia”, y no de 40, como se señala en la reclamación, se “debe a la estructura organizativa del centro de salud y no ha influido en la evolución del paciente”. Este al llegar al centro de salud refería un mareo, que es considerado una urgencia médica según todos los sistemas de clasificación de urgencias, pero no es una urgencia

vital, y como ocurre en aquellos salvo que se acompañe de otros síntomas, debe ser atendida antes de una hora. Por otro lado, asegura que si el enfermo fuera atendido nada más llegar al centro de salud, en ausencia de dolor torácico, no se hubiera pensado en que padecía un infarto de miocardio, y “todo se hubiese retrasado hasta que apareció este dolor que no presentaba al llegar (...). Aun sospechando el infarto de miocardio desde el principio, una actuación más precoz sólo habría conducido a que el enfermo presentase la parada cardiorrespiratoria en la UVI móvil, cuando fuera camino del hospital” por lo que “tendría que haberse detenido para realizar la reanimación cardiopulmonar”. Por tanto, la actuación inicial y posterior hubiera sido la misma.

14. Con fecha 16 de abril de 2007, una tercera persona en nombre de los interesados presenta un escrito en el registro de la Administración del Principado de Asturias en el que solicita el levantamiento de la suspensión acordada por resolución del órgano instructor de 16 de marzo de 2006, al haberseles notificado el Auto del Juzgado de Instrucción N.º 1 de Oviedo de 20 de marzo de 2007, por el que se acuerda el sobreseimiento libre y el archivo de las actuaciones penales.

15. Con fecha 23 de abril de 2007, el Inspector de Prestaciones Sanitarias actuante emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él describe los hechos y procede a su valoración señalando que “durante el periodo de guardia en régimen de localización la gravedad o urgencia de las patologías que aquejan los pacientes que demandan asistencia en los centros de salud queda a la mera consideración del propio paciente o sus acompañantes y del guardia de seguridad, carentes unos y otros de los conocimientos suficientes para ello. Esta situación es impropia de un servicio que se denomina de urgencias, en el que, junto a patología en la mayor parte de los casos banal, se presentan situaciones de extrema gravedad que

requieren una respuesta inmediata, y por tanto la presencia continuada de personal sanitario./ En definitiva, tal como se afirma en la información reservada efectuada por el Servicio de Inspección del Servicio de Salud del Principado de Asturias, la organización de la atención continuada en el Centro de Salud no era adecuada (...). Es decir, un mal funcionamiento del servicio, bajo la forma de un déficit organizativo, y no la falta de diligencia del personal sanitario interviniente, ha sido el causante de la demora de 30 minutos en la asistencia del perjudicado. Esta demora, si bien pudiera no haber determinado necesariamente el fallecimiento del mismo, sí le ha restado las posibilidades de supervivencia de una respuesta sanitaria más precoz”.

Concluye que “la actuación de los profesionales del Servicio de Salud del Principado de Asturias, al utilizar todos los medios a su alcance en la asistencia al perjudicado, fue correcta y ajustada a la *lex artis*”, sin embargo “la demora en la atención del paciente (...) pudo haberle privado de una asistencia que en tiempo tal vez hubiera producido un desenlace diferente del ocurrido./ En consecuencia estimo (...) que la reclamación (...), con independencia de la cuantía que en su momento se determine, debe ser estimada”.

16. Mediante escritos de 24 de abril de 2007, se remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente a la correduría de seguros.

17. El día 13 de julio de 2007, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias solicita a la Gerencia de Atención Primaria del Área Sanitaria IV una copia de las instrucciones escritas dadas por dicha Gerencia sobre la organización y funcionamiento de la atención continuada en el Centro de Salud vigentes en la fecha del fallecimiento del perjudicado, y “en especial las que se refieren a la presencia del personal sanitario en el centro entre las 14 y las 16 horas”. Expone que dicha petición se realiza porque “la Comisión de Seguimiento del Seguro de Responsabilidad Civil, en su reunión del

día 11 de julio, procedió el estudio del expediente” y se requieren dichas instrucciones para poder valorarlo adecuadamente.

Con fecha 25 de julio de 2007, la Gerente de Atención Primaria del Área Sanitaria IV envía al Jefe del Servicio instructor las instrucciones solicitadas, aclarando que están en vigor desde abril de 2004 para los centros urbanos y que existe una diferencia de servicio en el tramo horario de 14 a 16 horas de los sábados respecto a los domingos y festivos, ya que los sábados el centro permanece abierto y los domingos y festivos se cierra. Asimismo, acompaña justificación de la comunicación efectuada a la Junta de Personal del Área Sanitaria IV, a todos los C. Médicos y Responsables de Enfermería, a los Servicios de Urgencia del SAMU y a los Centros de Salud del Área, así como varios trípticos que recogen los horarios de Servicio de los Centros de Atención Primaria para su difusión en los de El Cristo, Pumarín y Vallobín. Los horarios de atención continuada de los sábados que se publicitan en ellos se extienden de 8:00 a 14 horas y de 16 a 22 horas. En letra más pequeña se recoge que los sábados de 14 a 16 horas y los domingos de 8 a 10 horas y de 14 a 16 horas se realiza la “localización a través del teléfono 112”.

18. Con fecha 25 de octubre de 2007, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios solicita al Inspector de Prestaciones Sanitarias actuante un informe complementario, “al haberse incorporado al expediente la nueva documentación solicitada por la Comisión de Seguimiento (informe de la Gerencia, folletos informativos sobre el sistema de atención continuada e informe de los peritos de la compañía aseguradora).

19. El día 5 de diciembre de 2007, el Inspector de Prestaciones y Servicios Sanitarios interviniente emite un informe complementario al informe técnico de evaluación en el que concluye que la reclamación de responsabilidad patrimonial “debe ser desestimada”. Justifica el cambio de sentido de su informe indicando que de la nueva documentación incorporada al expediente se

desprende que no hubo defecto en la organización de la atención continuada del Centro de Salud, ya que existían instrucciones que determinaban los horarios del servicio asistencial y establecían que los sábados de 14 a 16 horas la solicitud de asistencia de urgencia sólo se podía efectuar a través del teléfono 112, porque en ese tramo horario no había presencia de personal sanitario. Además, según la Gerente de Atención Primaria del Área Sanitaria IV, se había informado de ello a los ciudadanos, facilitando en prueba de ello una serie de trípticos que se encontraban a disposición del público en los centros de salud del Área, en los cuales existían también, en lugar visible, carteles informando a los usuarios sobre dicha organización. Añade que las conclusiones del informe de la asesoría privada le aportan nuevos datos “de los que se desprende que no hubo defecto en la organización de la atención continuada, que la conducta de los profesionales sanitarios fue correcta y acorde con la lex artis y que una actuación más precoz en nada hubiera variado el fatal desenlace”.

20. Mediante escritos de 5 de noviembre de 2007, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios remite copia del informe técnico de evaluación complementario a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y a la correduría de seguros.

21. El día 13 de diciembre de 2007, se comunica a los interesados la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y se les adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente. Con fecha 17 de ese mismo mes se persona una de los reclamantes en las dependencias administrativas y obtiene una copia de aquel, compuesto en ese momento por ciento cuarenta y seis (146) folios, según se hace constar en la diligencia extendida al efecto.

22. El día 2 de enero de 2008, la reclamante, en nombre propio y en el de sus hijos, presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que se ratifican en su reclamación inicial y consideran que, tanto el informe complementario del inspector actuante como el emitido por la asesoría privada, “deben considerarse improcedentes, arbitrarios, contrarios a las pruebas obrantes en el expediente y plagados de simples suposiciones no válidas en derecho”. Denuncian que, “cuando ya estaba absolutamente todo practicado, la Inspección del Sespa emite un informe complementario, de fecha 5 de diciembre de 2007, en el que niega la evidencia de forma temeraria y dolosa manifestando que “no existe responsabilidad, que el funcionamiento era adecuado y que el retraso en la atención no influyó en el fatal desenlace, manifestando que existían carteles informativos sobre la organización de la atención continuada”. Aseguran que “el 18 de marzo de 2006, sábado, el Centro de Salud estaba abierto, no había personal sanitario, no existían carteles informativos de que entre las 14 y 16 horas no había en el centro de salud personal sanitario, ni que debía (...) acudirse en ese horario a otro centro hospitalario, o llamar al 112 (...). Ahora, transcurrido más de un año y medio (...), el Servicio de Inspección nos quiere hacer creer que existían el día de los hechos, 18 de marzo de 2006, una información y unos carteles al paciente que nunca existieron (...). La guarda de seguridad manifestó que había avisado al médico a las 15:20 horas, según parte de enfermos que obra al folio 62, pero lo cierto es que la guarda de seguridad nunca avisó al médico hasta las 15:46, es decir, 31 minutos después de llegar al centro médico, la llamada de teléfono duró 13 segundos, llegando el médico a las 15:55 horas al centro de salud, es decir 40 minutos después de haber llegado al centro médico” el perjudicado. La “UVI móvil llegó a las 16:21 horas, a las 16:39 horas sufrió una parada cardio-respiratoria y falleció a las 17:15, horas, cuando habían transcurrido desde la llegada al centro de salud (...) dos horas (...). Por lo tanto el tiempo en ser atendido el (perjudicado) fue excesivo, inadecuado e improcedente debido a una mala organización del

servicio sanitario (...). No puede el Servicio de Salud dejar en manos de un guarda de seguridad la decisión de valorar una urgencia o (...) de llamar al médico del centro de salud cuando este se encuentra ausente". Insisten en que la información que recibieron no fue correcta, pues no se les dijo que el médico no llegaría de inmediato, ni que no sería avisado a la llegada del paciente, ni que, aunque el centro estuviera abierto al público, "su operatividad era nula, ya que a efectos prácticos encontrarse un paciente en el Centro de Salud era equivalente a estar sentado en el salón de su casa (...). La sintomatología de la urgencia (...) apareció a los escasos diez minutos de permanecer en el centro de salud, el (perjudicado), ante los fuertes dolores, se recostó en una hilera de sillas (...). Lo triste y lamentable es que (...) desconocía la ineficacia de la guardia de seguridad y que esta no había avisado al médico del centro hasta las 15:46 minutos, ya que en caso contrario, si (...) hubiera sido consciente de la negligencia que se estaba cometiendo impunemente ella hubiera avisado personalmente a una ambulancia o hubiera llamado al 112; nadie puede imaginarse en su sano juicio que encontrándose en un centro de salud no va a acudir el servicio médico, ni que el médico no ha sido avisado por la persona responsable o competente, en este caso la guarda de seguridad". Afirman que se incumplió la obligación establecida en el protocolo para estos casos, pues nadie informó ni aconsejó a los familiares del fallecido respecto a la práctica de la autopsia para averiguar la causa de la muerte, ni (se les) propuso (...) su realización" y que fue la esposa del fallecido quien posteriormente pidió la autorización al Juez, que la denegó porque no apreciaba causa violenta de la muerte. También consideran que, de haber estado el médico en el centro, por su experiencia y conocimientos, habría apreciado la urgencia y, siguiendo el protocolo, el paciente podría haber estado en el Servicio de Urgencias del hospital a las 15:40 horas, en unos 10 minutos, tiempo que puede tardar una ambulancia en llegar desde el Centro de Salud a dicho hospital si se tiene en cuenta que era un día no laborable, a las 15:30 horas. Reprochan igualmente que se utilicen las estadísticas para prever que el paciente hubiera

fallecido en cualquier caso y recuerdan que, también según las estadísticas, “los primeros 10 minutos son muy importantes para atajar y superar un infarto”. Por último, rechazan la suposición de la causa de la muerte como muerte súbita, ya que el perjudicado falleció “a las dos horas de estar esperando ser atendido”.

Acompañan al escrito de alegaciones una copia de la denuncia presentada ante el Juzgado de Guardia.

23. Con fecha 22 de enero de 2008, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarias elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, asumiendo las conclusiones y argumentaciones del informe técnico de evaluación y del emitido por la asesoría privada. Expone que la guardia de seguridad, después de tomar “los datos de identificación y constatar que la patología no parecía sugerir gravedad”, les hizo pasar a la salita de espera, ya que el médico y la enfermera se encontraban fuera del centro sanitario. En un determinado momento, “la reclamante, ante el empeoramiento de su marido, comunicó este hecho al guardia de seguridad, el cual a las 15:46 horas avisó telefónicamente al médico de guardia que, personado en el centro según sus propias manifestaciones cinco minutos después, sobre las 15:51 horas, se hizo cargo de la situación”. Tras ser asistido sin éxito por el médico, a las 16:10 horas se solicitan los servicios de una UVI móvil, que recoge al paciente transcurridos diez minutos, decidiéndose su traslado al hospital a las 16:39 horas, momento este en el que sufrió una parada cardio-respiratoria de la que falleció tras ser reanimado sin éxito hasta las 17:15 horas. El médico del SAMU “firmó el correspondiente certificado de defunción, producida a consecuencia de una parada cardio-respiratoria secundaria a probable síndrome coronario agudo, para proceder seguidamente a informar a los familiares del fallecimiento del paciente”. Considera el Jefe del Servicio en su informe que el mareo que refería el enfermo cuando llegó con su esposa al centro de salud a las 15:20 horas no constituye una urgencia vital, “entendiendo como tal aquella que precisa atención médica en el plazo de 10 minutos” por lo que “en ausencia

de otra sintomatología, es una urgencia que debe ser atendida antes de una hora". Sostiene que, "a falta de necropsia, se desconoce con exactitud la causa de la muerte del perjudicado, pero se trataba en todo caso de un proceso con un grave pronóstico, mortal de necesidad, que el lapso de tiempo más probable entre la llegada del paciente al centro y el inicio de la atención médica fue de 30 minutos. Un retraso de esta entidad no ha podido influir en la producción de tan fatal resultado". Concluye que no "hubo defecto en la organización de la atención continuada ni falta de diligencia en la atención sanitaria prestada por los distintos profesionales sanitarios implicados, cuya actuación cabe calificar de correcta y conforme a la lex artis".

24. En este estado de tramitación, mediante escrito de 8 de febrero de 2008, registrado de entrada el día 13 de ese mismo mes, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, cuyo original adjunta.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), están los interesados activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron; interesados que pueden actuar por medio de representante, a tenor de lo establecido en el artículo 32 de la LRJPAC.

Ahora bien, no se ha acreditado debidamente la filiación de los interesados; tampoco la representación con que actúa la esposa del perjudicado a lo largo del procedimiento en relación con uno de los hijos, que firma el escrito de reclamación "P. O.". Pese a ello, la Administración ha tramitado el procedimiento sin poner objeción alguna a estas carencias esenciales (aunque sí las formuló, y reiteradas, en relación con actos y gestiones en los que, por ser de mero trámite, cabía presumir la representación). Dado que los artículos 71 y 32.4 de la referida LRJPAC autorizan a subsanar la falta o insuficiencia de documentos preceptivos, el órgano administrativo deberá comunicar a los reclamantes que disponen de un plazo de diez días para corregir tales omisiones. Por tanto, si en el pronunciamiento se apreciara la concurrencia de los requisitos que permiten declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración, no cabría una estimación de la reclamación sin que esta, por el procedimiento legal oportuno, verifique la condición de esposa e hijos del perjudicado, así como la referida representación de uno de ellos.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que "En todo caso, 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 caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas". En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 24 de abril de 2006, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen el día 18 de marzo de 2006, por lo que es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, se aprecia que, a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.4, letra b), de la referida LRJPAC.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “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”.

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, 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”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes

requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- Los reclamantes interesan una indemnización por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, que atribuyen al anormal funcionamiento del Centro de Salud

Consta en el expediente el fallecimiento del pariente de los interesados, el día 18 de marzo de 2006, en una UVI móvil, cuando se le trasladaba desde el citado centro de salud al Servicio de Urgencias del Hospital, por lo que cabe presumir que aquellos, por su cercano parentesco y vínculo conyugal, han sufrido un daño moral, sin perjuicio de una valoración económica más precisa que realizaremos en el caso de que concurren los requisitos para declarar la responsabilidad pretendida.

Ahora bien, la mera constatación, o la presunción, de que en el curso de la actividad del servicio público sanitario ha surgido un daño real, efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra un paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto

por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por los reclamantes es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

En el análisis de la presente reclamación debemos recordar que la *lex artis* constituye un parámetro de valoración de actos médicos concretos, pero no circunscribe su alcance al enjuiciamiento aislado de estos, sino que, en la medida en que la actividad médica se ejerce en un contexto o marco organizativo preciso, obliga a valorar este factor -la organización sanitaria en que se desarrollan- a la hora de enjuiciar el funcionamiento del servicio público.

También hemos de advertir que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

Los interesados pretenden una indemnización por el "anormal funcionamiento del Centro de Salud, falta u omisión de la asistencia sanitaria, descoordinación, omisión de los deberes inherentes al centro de salud, negligencia en el personal contratado por el servicio público e

incumplimiento de sus competencias asistenciales”, teniendo como fatal desenlace el fallecimiento del perjudicado “por falta de asistencia médica”.

Sin embargo, no cuestionan los actos y decisiones médicas de los profesionales sanitarios que atendieron finalmente al enfermo, aunque no lograran salvar su vida, y comparten que la medicina es una ciencia de medios y no de resultado, lo que supone que el servicio público debe poner a disposición del paciente los suficientes y adecuados, pero no garantizar la obtención de resultados favorables concretos. Los graves reproches que dirigen a la Administración sanitaria se concentran en el retraso en la atención de su familiar enfermo, imputando a esa demora un resultado dañoso consecuencia de un grave déficit organizativo del centro de salud, que el día y hora en que el paciente finalmente fallecido acude a él en demanda de asistencia sanitaria se encontraba abierto, generando la apariencia de que prestaba el servicio cuando en realidad no existía personal sanitario que pudiera dispensar asistencia. Sostienen, en síntesis, que este fallo de funcionamiento supuso la no disposición de medios en tiempo oportuno, que cifran en una demora en recibir tratamiento de 40 minutos, lo que habría afectado a sus posibilidades de supervivencia.

La Administración, que ha ido variando durante la instrucción del procedimiento la estimación de lo sucedido, propone desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial argumentando que no hubo defecto en la organización ni falta de diligencia en la atención sanitaria, y que un retraso de, como máximo, unos 30 minutos en la valoración del enfermo y en la instauración de un tratamiento no pudo influir en el fallecimiento.

A la vista de ello procede, tras fijar los hechos, analizar si efectivamente existió un fallo en la organización y funcionamiento del servicio público y determinar, si lo hubiera habido, qué daños produjo, valorando en qué medida influyó en la aparición de las graves consecuencias dañosas que alegan los reclamantes y cuya reparación constituye el objeto de su pretensión.

En el examen conjunto del expediente constatamos que el paciente, acompañado de su esposa, acudió al Centro de Salud el día 18 de marzo de 2006, sábado, sobre las 15:15 horas, porque se encontraba mareado. Fueron recibidos y atendidos por una persona del servicio de seguridad, que registró la entrada del paciente en el centro a las 15:20 horas; dicho establecimiento carecía en aquel momento de personal sanitario, ya que el servicio se prestaba en la modalidad de atención continuada con presencia localizada. Este servicio, según se deduce de los informes que obran en el expediente, se realizaba los sábados por un médico y un profesional de enfermería, en régimen de presencia física entre las 8:00 y las 14:00 y entre las 16:00 y las 22:00 horas, y localizada entre las 14:00 y las 16:00 horas. Ello -según se afirma en un informe incorporado al expediente- implicaba que, "ante una persona que solicita ser vista de manera inmediata, el procedimiento habitual -por parte del personal auxiliar- es la recepción del paciente, registro de sus datos de filiación, hora de llegada y aviso inmediato al personal sanitario para establecer la actuación que considere más correcta". De la documentación examinada se deduce que entre las 15:20 y las 16:00 horas se registró la entrada de 8 pacientes en el referido centro.

Durante la espera, el enfermo experimentó un empeoramiento progresivo y, previa comunicación del hecho por parte de la esposa, el personal de seguridad efectuó el aviso telefónico al médico a las 15:46 horas. Este se personó en el centro de salud entre las 15:51 y las 15:55 horas y halló al enfermo "tumbado en la sala de espera acompañado de su esposa, refiriendo dolor torácico y con clínica vagal acompañante". El facultativo le tomó la tensión arterial, le realizó un electrocardiograma y le administró medicación. Ante la mala respuesta al tratamiento y la situación del paciente se solicitó del 112 una UVI móvil mediante una llamada efectuada a las 16:11 horas, y el propio facultativo requirió por teléfono la presencia del personal de enfermería, que acudió al centro de salud en un momento que no es posible precisar pero en todo caso anterior a la llegada, a las 16:21 horas, de la UVI móvil. Antes de

este momento, al enfermo se le había suministrado nueva medicación, controlado de nuevo la tensión arterial y practicado una canalización de acceso venoso periférico. Desde su llegada al centro el equipo de la UVI móvil se hizo cargo del paciente, que a las 16:39 horas sufrió una parada cardiorrespiratoria y falleció en la propia UVI móvil a las 17:15 horas.

Los hechos descritos evidencian, a juicio de este Consejo Consultivo, una organización deficiente del servicio público. Todo indica que no existía en el momento de los hechos un protocolo escrito de funcionamiento del centro de salud que permitiera diferenciar una demanda sanitaria de urgencia y una de atención continuada, y que a todas se les daba igual tratamiento, consistente en recepcionar, registrar y dirigir a la sala de espera a los pacientes, con la posibilidad de localizar y requerir la presencia de un médico previa llamada telefónica cuando una persona solicitaba "ser vista de manera inmediata". No se han acreditado en el curso del procedimiento los criterios y condiciones que regían de hecho en este régimen de presencia localizada, vigente entre las 14:00 y las 16:00 horas, y que desencadenarían el aviso al médico de guardia (o de recurrir a una solución alternativa); pero ha quedado probado que en el caso que analizamos no se garantizó en la asistencia sanitaria la existencia de medios en tiempo oportuno, ya que el facultativo no fue llamado de forma inmediata, como debió hacerse, según se deduce del informe elaborado en fechas próximas al suceso por la Gerente de Atención Primaria del Área Sanitaria IV.

La Administración sostiene en la propuesta de resolución que en el momento de los hechos, concretamente desde abril de 2004, estaban en vigor en los centros urbanos unas Instrucciones según las cuales la diferencia entre el servicio prestado los domingos y festivos entre las 14 y las 16 horas y el prestado los sábados durante el mismo lapso de tiempo radicaba en que en los primeros el centro de salud permanecía cerrado y en estos, abierto, pero que en cualquier caso, en todos ellos, abierto o cerrado el centro, la solicitud de asistencia de urgencia sólo se podía efectuar a través del teléfono 112, porque

en ese tramo horario no había en los mismos presencia de personal sanitario. Además, asegura que se había informado al personal propio y a los usuarios de este régimen de funcionamiento.

Este Consejo no duda de que existieran las invocadas Instrucciones, ni de que se hubieran difundido trípticos informativos como los que se incorporaron al expediente (aunque debemos dejar constancia de que los aportados se refieren a los Centros de Salud de El Cristo, Pumarín y Vallobín, no al), pero lo que resulta acreditado de modo objetivo es que el funcionamiento real del centro de salud implicado en el caso que analizamos no respondía a ellas, sino a las referidas por la Gerente de Atención Primaria del Área Sanitaria IV en el momento inmediato a los hechos, ya que, ante una demanda de atención sanitaria urgente, no se derivó la petición al 112, sino que se localizó y se requirió la presencia de un facultativo mediante una llamada telefónica. Corroborra este dato el informe reservado emitido el 27 de abril de 2006 por un Médico Inspector en el que se propone la “modificación del sistema organizativo de la atención continuada en el centro de salud”. Resulta innecesario recordar que, si no se respetan, la mera existencia de normas de organización en una institución no excluye la concurrencia de un fallo organizativo o de funcionamiento.

Por tanto, hemos de concluir que se produjo un funcionamiento deficiente del centro de salud, por lo que procede valorar los daños que este fallo pudo causar.

Lo primero que debemos advertir es que en el presente caso los propios reclamantes no postulan que entre los hechos constatados y el fallecimiento del paciente haya un nexo causal cierto, absoluto. Los interesados sostienen que existe una relación hipotética y condicionada; en definitiva, el curso causal incierto que es inherente a lo que de ordinario se califica como pérdida de una oportunidad terapéutica. En apoyo de su tesis no aportan prueba médica alguna, sólo la afirmación de que está acreditado que se produjo un retraso de

40 minutos en la dispensación de medios sanitarios y la conjetura de que, de no haberse dado esta circunstancia, el desenlace habría sido otro.

La Administración -dejando ahora aparte una de las tesis finales de la propuesta de resolución, consistente, en síntesis, en negar el déficit de funcionamiento, al postular que el paciente debió haber demandado asistencia en otro centro o por otros medios- estima que, dado que la sintomatología que presentaba en el momento de demandar asistencia sanitaria en el centro de salud -un mareo- es una urgencia médica que “debe ser atendida antes de una hora”, y no una urgencia vital, “entendiendo como tal aquella que precisa atención médica en el plazo de 10 minutos”, el enfermo fue, en abstracto, atendido en tiempo. Sin embargo, coincidiendo con la argumentación contenida en el informe de la entidad aseguradora, no niega que de hecho se produjo un retraso en el inicio de la atención sanitaria, aunque reduce su duración, en relación con el que pretenden los interesados, a 30 minutos, y rechaza, por hipótesis, y adhiriéndose al criterio mantenido en el informe técnico de evaluación y en el de la asesoría privada, que la demora haya incidido en el fatal desenlace (“Un retraso de esta entidad no ha podido influir en la producción de tan fatal resultado”); es decir, mantiene que, de no haber existido el reconocido retraso, el curso propio de la enfermedad habría sido el mismo.

Este Consejo Consultivo considera, como reconoce la Administración, que el funcionamiento de hecho del centro de salud impidió que la valoración de la sintomatología que presentaba el paciente por un facultativo u otro personal sanitario, y la decisión de instaurar un tratamiento acorde, haya sido más precoz. Y nadie duda de la bondad de una respuesta sanitaria prematura, aunque su eficacia sea, en todo caso, incierta.

Con los datos que obran incorporados al expediente no podemos evaluar con qué anticipación pudo haberse producido la atención sanitaria que el enfermo demandó in situ del servicio sanitario, pues no resulta posible reconstruir la secuencia temporal del proceso de aparición y manifestación de

los sucesivos síntomas. Según declaran los interesados, su familiar acudió al centro sanitario, entre las 15:15 y las 15:20 horas de aquel día, con un mareo, y fue en el curso de la espera cuando se manifestaron otros signos que no desencadenaron la respuesta exigible, es decir, la localización de personal sanitario, hasta las 15:46, y la posibilidad de que los mismos fueran valorados y tratados por personal idóneo, hasta las 15:51 ó 15:55 horas.

Frente al hecho cierto de que se produjo esta disfunción organizativa, el resto es indeterminación e incertidumbre, tanto acerca de la causa de la muerte (al no haber habido necropsia, la que consta en el expediente es “parada cardiorrespiratoria a consecuencia de probable síndrome coronario agudo”) como de la evolución hipotética del proceso mórbido si los acontecimientos hubieran discurrido de otro modo.

En cualquier caso, no se ha aportado prueba médica alguna que vincule causalmente el fallecimiento del paciente con el funcionamiento del servicio público; nexa que, en puridad, ni los propios interesados postulan, aunque en la reclamación lo identifiquen con el perjuicio que debe ser indemnizado. A juicio de este Consejo Consultivo, el único daño producido por el funcionamiento deficiente del servicio público y que los reclamantes no estaban obligados jurídicamente a soportar, por lo que debe ser indemnizado, es el *pretium doloris* derivado de la privación a su familiar enfermo de una valoración más precoz de los síntomas que presentaba y de la instauración en un momento más oportuno de un tratamiento acorde con los que se iban manifestando.

SÉPTIMA.- La siguiente cuestión a determinar es el montante al que debe ascender la indemnización. Los interesados, en su escrito de reclamación, solicitan como indemnización la cantidad en la que valoran un daño que, como hemos dejado sentado, no fue causado por el funcionamiento del servicio público, el fallecimiento de su familiar. Pretenden así que se les indemnice en ciento veinte mil cuatrocientos veinte euros con veinticuatro céntimos

(120.420,24 €), sumando un lucro cesante y los gastos del sepelio al valor asignado a la indemnización por fallecimiento atendiendo a la edad de la víctima y de la esposa e hijos en el momento que se produjo, según el baremo contenido en la Resolución de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones de 24 de enero de 2006.

La Administración del Principado de Asturias propone la desestimación de la reclamación y no entra, por ello, en el análisis del *quantum* indemnizatorio.

Este Consejo, a la vista de la naturaleza del perjuicio causado, y a falta de otros criterios que permitan objetivamente cuantificarlo, estima razonable y prudente fijar la indemnización en la cuantía de doce mil euros (12.000 €).

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que procede declarar la responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias y, estimando parcialmente la reclamación presentada, indemnizar a en la cantidad de doce mil euros (12.000 €)."

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.