

Expediente Núm. 186/2010
Dictamen Núm. 276/2011

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
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 27 de septiembre de 2011, 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 la Presidencia del Principado de Asturias de 6 de julio de 2010, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios sufridos a consecuencia de la asistencia prestada por el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 30 de noviembre de 2009, los interesados presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por la tardía e incompleta asistencia prestada a su hijo por el servicio público sanitario.

Refieren que el día 5 de septiembre de 2009, su hijo, que se encontraba en compañía de “un grupo de amigos, comenzó a sentirse mal. Alarmados por el aspecto y síntomas que presentaba, sus amigos solicitaron de inmediato

auxilio médico del Servicio de Salud del Principado de Asturias, a través del número de asistencia 112, poniendo de manifiesto en todo momento, y con insistencia, la gravedad y la urgencia del caso”.

Exponen que “la ambulancia tardó mucho en llegar al lugar desde el que su presencia era reclamada, tardanza que no se explica, habida cuenta de que venía de punto geográfico muy próximo./ Pero además de esta tardanza, resultó, que pese a haber sido advertida (...) de la urgencia y gravedad del caso que debía atender, acudió sin contar entre su dotación con ningún médico”.

Añaden que el servicio requerido fue prestado “de manera tardía e incompleta, y consecuencia de ello fue la no atención adecuada del paciente, y, en definitiva, el fallecimiento de este”.

Proponen prueba documental y la testifical de las personas que identifican.

Solicitan una indemnización de noventa y seis mil ciento dos euros (96.102 €), en concepto de reparación por “los daños y perjuicios causados a todos y cada uno de sus familiares más próximos, y muy en especial, a nosotros, sus padres, con los que (...) aún convivía”.

Acompañan copia de las hojas del Libro de Familia relativas a las anotaciones matrimonial y filial y Certificación Literal de defunción.

2. El día 16 de diciembre de 2009, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios (en adelante Servicio instructor) notifica a los reclamantes la fecha de recepción de su reclamación en el Principado de Asturias, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Con fecha 18 de diciembre de 2009, el Inspector de Prestaciones y Servicios Sanitarios designado al efecto solicita a la Unidad de Coordinación de Atención a las Urgencias y Emergencias Médicas un “informe acerca de la intervención de ese organismo en el caso”.

4. Con fecha 14 de enero de 2010, el Gerente del Hospital remite al Servicio instructor copia de la historia clínica del menor y los informes emitidos por los Servicios de Atención Primaria y de Urgencias.

En su informe, sin fecha, el Director Médico de Atención Primaria identifica a las facultativas que se encontraban de guardia el día 5 de septiembre de 2009 y añade que “según información de las profesiones y del Coordinador Médico del Centro de Salud” no existe constancia “de haber recibido solicitud del Centro de Emergencia 112, para prestar asistencia sanitaria” al joven. Acompaña las hojas de Registro de Actividad de Médicos del centro de salud, correspondientes al día 5 de septiembre de 2009 desde las 10:13 hasta las 22:56 horas, en las que no figura ninguna anotación relacionada con este episodio.

El facultativo del Servicio de Urgencias informa el día 12 de enero de 2010 que el paciente “de 17 años es trasladado en ambulancia el cinco de septiembre de 2009 a urgencias de este hospital ingresando en parada cardiorrespiratoria con midriasis arreactiva, se iniciaron maniobras de RCP que no fueron efectivas, por lo que se suspendieron a los sesenta minutos. Debido a que es un paciente que cuando ingresa en urgencias se encuentra ya cadáver, se procede a comunicárselo al forense siguiendo los correspondientes protocolos legales”.

En la historia clínica figura, entre otros documentos, un informe de alta de urgencias de fecha 19 de agosto de 2009 con impresión diagnóstica de “faringoamigdalitis aguda” y la realización de varias pruebas complementarias, entre ellas una “ECG”, en la que se recoge “ECG anómalo”, taquicardia sinusal, frec. V>99; bloqueo de rama derecha, QRSD>120, eje terminal (90,270); y “diagnóstico sin confirmar”.

5. Mediante oficio de fecha 15 de enero de 2010, la Jefa de la Unidad de Coordinación de Atención a las Urgencias y Emergencias Médicas remite al Servicio instructor la documentación solicitada.

En su informe, de fecha 12 de enero de 2010, el coordinador firmante refiere que “la necesidad asistencial surge a las 22:48 horas (...) del día 5 de septiembre de 2009 (...) cuando se solicita una ambulancia (...), la alertante explica `tenemos aquí a un chaval que le dio mal, no sabemos lo que tiene´. A las 22:51 horas el SAMU crea y asigna la necesidad asistencial (...) iniciando su activación. La movilización del vehículo no ocurre hasta las 22:57 horas porque no es posible contactar telefónicamente con la ambulancia desde la sala de teleoperación (...). A las 23:00, desde el entorno del paciente, se reclama la ambulancia solicitada (...). A las 23:08 horas uno de los técnicos en emergencias sanitarias (TES) (...) informa al Centro Coordinador de Urgencias (CCU) de que trasladan a un paciente que presenta una parada cardiorrespiratoria (PCR), y solicitan se preavise de la situación al Hospital, centro al cual se dirigen”.

Acompañan al informe la transcripción de las conversaciones correspondiente a la solicitud de asistencia, copia de las mismas en soporte digital y copia del informe asistencial de la Unidad de Soporte Vital Básico en el que figura como hora de activación las 23:00 horas, movilización a las 23:01, llegada 23:12, destino 23:29 y operativo a las 23:45; figuran marcados con un aspa los apartados de “no respuesta”, “respiración ausente”, “no pulso”, “guedel”, “ambú”, “RCP básica” y “traslado en decúbito supino”.

6. Previa solicitud del Inspector de Prestaciones y Servicios Sanitarios, el Secretario Judicial del Juzgado de Instrucción N° 1 de Luarca remite al Servicio instructor copia de los informes forenses obrantes en las Diligencias Previas del procedimiento abreviado que se sigue en el mencionado Juzgado y del Auto que “decreta el sobreseimiento libre y el archivo de las presentes diligencias”.

En el informe de autopsia de fecha 6 de septiembre de 2009, el médico forense concluye que el joven “falleció de muerte natural (...), el tipo de causa natural se corresponde con una muerte súbita (...), la data de la muerte se establece entre las 22:30 y las 22:40 horas del día 5 de septiembre de 2009 (...), la causa fundamental de la muerte es una anomalía en el sistema de

conducción eléctrica del corazón (...), la causa inmediata de la muerte es una parada cardiorrespiratoria”.

7. Con fecha 12 de marzo de 2010, el Jefe del Servicio instructor notifica a los reclamantes la incorporación al expediente de las pruebas documentales. En cuanto a la testifical propuesta indica que “no se considera pertinente, pero en todo caso y alternativamente, se admitirá como prueba documental el testimonio por escrito de los testigos propuestos”.

8. Con fecha 8 de marzo de 2010, el Inspector de Prestaciones y Servicios Sanitarios emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él señala que “clínicamente la muerte súbita se describe clásicamente como que el paciente se encuentra perfectamente bien en un momento y agoniza unos instantes más tarde. La pérdida de la conciencia es rápida tras la instauración de la fibrilación ventricular, la asistolia ventricular o, a veces, la bradicardia intensa (...). Los intentos de reanimación son factibles durante los primeros cuatro a seis minutos después del comienzo de la muerte súbita, pues una vez producida la muerte celular la reanimación ya no es posible”.

Concluye que el fatal desenlace “era inevitable y que se produjo con anterioridad, incluso, a la solicitud de asistencia sanitaria y al ulterior despliegue de los recursos sanitarios intervinientes”.

9. Mediante escritos de 10 de marzo de 2010, se remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

10. Con fecha 17 de marzo de 2010, los reclamantes presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias los testimonios por escrito de cada uno de los testigos propuestos, que responden a un mismo modelo de idéntico contenido.

En sus escritos de 12 de marzo de 2010, los tres firmantes manifiestan que no tienen interés alguno en el expediente y que se limitan a decir la verdad de los hechos que conocen por encontrarse en el lugar en que sucedieron y presenciarlos personalmente. El relato expuesto coincide con el realizado por los interesados en su reclamación inicial, sin que aporte ningún dato nuevo.

11. El día 28 de abril de 2010, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora suscrito por una especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

En él, describe el procedimiento de actuación del CCU, indicando que en primer lugar la persona que recibe la llamada es un operador del 112 que debe tomar los datos de filiación y el motivo de la llamada. “Este tiempo, que en un principio colma la paciencia del que llama porque lo considera tiempo perdido, es imprescindible para poder hacer el seguimiento del aviso”. A continuación, la llamada “es transferida directamente al teleoperador del 061 o Samu que por un sistema informatizado pasa inmediatamente a los médicos reguladores”, quienes, tras una pequeña investigación telefónica sobre cuál puede ser la situación real del paciente, dan “algunos consejos hasta la llegada de la asistencia”. Finalmente, una vez que llega el recurso activado comunicará al centro si precisa de otro más avanzado y las circunstancias en las que se encuentran.

En el apartado “consideraciones médicas”, indica que es “prácticamente evidente que nos encontramos delante del típico caso de `muerte súbita` en un paciente joven sin antecedentes patológicos (...). Ya desde los primeros electrocardiogramas que se le hacen en agosto de 2009 (...) se constata en ellos, que existe una variante de la normalidad que se llama bloqueo completo de rama derecha (...) que puede estar relacionado con determinados tipos de muerte súbita en jóvenes, debido fundamentalmente a un síndrome llamado Síndrome de Brugada (...), enfermedad hereditaria, aunque también puede debutar en pacientes jóvenes sin antecedentes (...) a día de hoy, es prácticamente imposible prevenirla (...), produce una fibrilación ventricular (...)

por lo que el resultado más inmediato es la muerte". El diagnóstico cuando no hay antecedentes familiares "es siempre de presunción clínica". En este caso, no está claro que fuera realmente un Síndrome de Brugada, ya que "el desfibrilador lo dio como otro ritmo diferente (asistolia)". El tratamiento de elección es siempre "una resucitación cardiopulmonar (RCP) con un desfibrilador automático (...), las probabilidades de sobrevivir sin secuelas tras una PCR súbita son inversamente proporcionales al tiempo transcurrido hasta el inicio de su tratamiento, con un descenso aproximado de un 10% cada minuto transcurrido".

Concluye que "el alertante desde un principio no supo transmitir la gravedad de la situación, por lo que se consideró que no la había, activando un recurso de soporte vital básico (...). Se trataba de un paciente joven sin antecedentes de interés (...) y, debido a que se produjo después de una cena con amigos en la que se ingirió alcohol, no hizo sospechar que se trataba realmente de un cuadro tan dramático". Aún así, se "actuó en todo momento acorde a los protocolos establecidos", los técnicos en emergencia rápidamente procedieron a realizar maniobras de RCP mientras le trasladaban al hospital que ya estaba preparado para su llegada, previo aviso del centro coordinador, "no pudiéndose salvar al paciente pese a los esfuerzos que se emplearon".

12. Con fecha 20 de mayo de 2010, se notifica a los reclamantes 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. El día 24 del mismo mes una de los interesados se presenta en las dependencias administrativas y obtiene una copia de aquel, compuesto en ese momento por ochenta (80) folios numerados, según se hace constar en la diligencia extendida al efecto.

13. El día 27 de mayo de 2010, los reclamantes presentan un escrito de alegaciones en el que manifiestan que del expediente se desprende "una defectuosa prestación del servicio por parte de la Administración".

Entienden que se “alertó de la gravedad del caso, y se hubo de insistir en llamar por la tardanza de la ambulancia”. De las transcripciones del CCU destacan la conversación del técnico de la ambulancia con el SAMU -“este servicio que nos mandáis aquí en `A´, fuimos solos, sin médico ni nada, nada más montar el chico en la ambulancia entró en parada, va mi compañero solo haciendo RCP, yo voy conduciendo”-; a la pregunta del médico “antes de subirle a la ambulancia, ¿cómo estaba de pulso?, el técnico responde “estaba con poco pulso pero tenía un poco”.

Por último, sostienen que el conductor de la ambulancia dice estar a 16 minutos del hospital y que el viaje se hizo en 17 minutos, por lo que en ese instante de la conversación “la ambulancia estaba a un minuto de `A´, o lo que es lo mismo a 2 minutos de `B´ (...) donde había médicos, no se pasó a recoger uno, sino que se siguió el viaje de 15 minutos a (hospital), con el fatal desenlace”. Por lo tanto y dado que cuando la ambulancia recogió al paciente, este “estaba con pulso”, difícilmente pueden admitir que “el fallecimiento se produjo con anterioridad a la solicitud de asistencia sanitaria”.

14. Con fecha 8 de junio de 2010, el Jefe del Servicio instructor elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En la misma considera en relación con el tiempo transcurrido que, aun en el supuesto de que “la muerte se hubiera producido con posterioridad al requerimiento de asistencia, un retraso de cinco minutos como el acontecido en la movilización de la ambulancia o el hecho de que la misma hubiera acudido al lugar del suceso sin dotación médica no es suficiente para calificar la asistencia prestada como inadecuada, y no hubiera variado el resultado final. Prueba de ello es que los técnicos sanitarios de emergencias desplazados al lugar del incidente monitorizaron al enfermo rápidamente, obteniendo un electrocardiograma plano, lo que significa que el paciente se encontraba en asistolia, que el desfibrilador semiautomático interpretó como irreversible, por lo que no generó el estímulo cardioversor correspondiente”.

15. En ese estado de tramitación, mediante escrito de 6 de julio de 2010, registrado de entrada el día 12 del mismo mes, la Presidencia del Principado de Asturias 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.

16. Con fecha 7 de junio de 2011, como diligencia para mejor proveer, este Consejo requiere la aportación de datos sobre la asistencia prestada por los técnicos de la ambulancia, sobre la distancia a recorrer y los tiempos de respuesta que, en función de las circunstancias concretas, se estiman razonables. Con fecha 30 de agosto de 2011, V. E. remite un informe elaborado por la Gerencia de la empresa que presta el servicio de ambulancias, junto con otro complementario suscrito por el instructor del procedimiento.

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.

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 30 de noviembre de 2009, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento del paciente- el día 5 de septiembre del mismo año, 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 y 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 43.3, 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 interesados solicitan una indemnización por la muerte de su hijo de 17 años de edad, que atribuyen a un deficiente funcionamiento del servicio público sanitario.

De lo actuado se desprende que el hijo de los interesados ingresó cadáver en un hospital de la red pública, trasladado por una ambulancia activada por el servicio público de emergencias, por lo que este Consejo presume que tal hecho ha ocasionado un daño en quienes ahora reclaman.

Ahora bien, la mera constatación de un daño surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario 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. En el supuesto concreto, los interesados imputan al servicio público que la asistencia se prestó tarde -"la ambulancia tardó mucho tiempo en llegar"- y que no se pusieron a disposición del perjudicado los medios humanos necesarios, dado que aquella "acudió sin contar entre su dotación con ningún médico". En su escrito de alegaciones, plantean un ulterior

reproche al funcionamiento del servicio: “estando a 2 minutos de ‘B’, donde había médicos, no se pasó a recoger uno, sino que se siguió el viaje de 15 minutos a (hospital), con el fatal desenlace”.

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 el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, 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 respecto a tal práctica médica, 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 interesados es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si la práctica médica 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 consecuencia, de acuerdo con el criterio expuesto de adecuación a la *lex artis*, hemos de valorar el acto, propio de la ciencia médica, que se realiza desde el operativo de emergencias sanitarias sobre el recurso a movilizar, decisión que efectúan los facultativos del servicio que denominamos SAMU,

sobre la base de los datos que se facilitan en la demanda de asistencia. Sin embargo, otros reproches se refieren al deficiente funcionamiento de un medio material puesto a disposición del paciente -la Unidad de Soporte Vital Básico (USVB)-, y por tanto el juicio sobre su correcto funcionamiento ha de fundarse en la valoración que pondere las circunstancias concretas en las que tal servicio se prestó.

En todo caso, resulta imprescindible fijar un relato de hechos que vamos a considerar acreditados, dadas las contradicciones y errores puestos de manifiesto como consecuencia de las diligencias que para mejor proveer instó este Consejo.

En primer lugar, y por lo que respecta al tiempo que medió entre la llamada a urgencias y la llegada al lugar donde se encontraba el perjudicado (en adelante `A´), existe cierta contradicción entre los datos reflejados en el expediente. Por una parte, los responsables de la USVB señalan que la “activación” del recurso se produjo a las 23:00 horas y que la llegada a `A´ tuvo lugar a las 23:07. Por lo tanto habrían tardado 7 minutos en recorrer los 2,5 Km que es la distancia entre el punto de partida y el de llegada. Ello nos permite concluir que la ambulancia recorrió esa distancia a una velocidad media de 21,44 Km/h.

Sin embargo estos datos no consignan el momento en el que se “asignó” el mencionado recurso, y en este caso las transcripciones de las llamadas efectuadas al 112 ponen de manifiesto que la ambulancia se activó por una Médica del SAMU a las 22:51 horas y que la llegada a `A´ se produjo momentos antes de las 23:09, hora en la que se registra una llamada al 112 por uno de los técnicos de la USVB refiriendo que se dirigen con el joven hacia el Hospital Estas transcripciones prueban que desde la asignación del recurso hasta la llegada efectiva al lugar donde se hallaba el perjudicado, habrían transcurrido aproximadamente 17 minutos. Si la dotación de la USVB reconoce haber invertido 7 minutos en el trayecto, es forzoso reconocer que transcurrieron unos 10 minutos desde que el SAMU “asigna el recurso” hasta que se pone en marcha.

Otro dato importante que hemos de fijar con precisión es el del estado en se encontraba el joven cuando acude la USVB en su auxilio. Y aquí la contradicción resulta más frontal. En efecto, recoge la transcripción de la tercera llamada telefónica (la que se realiza entre las 23:09 y las 23:12) que uno de los técnicos de la ambulancia refiere al teleoperador del SAMU lo siguiente: “nada más montar al chico en la ambulancia entró en parada. Va mi compañero sólo haciendo RCP. Yo voy conduciendo”. A continuación la Médica del SAMU pregunta: “¿y está parado?”, a lo que el mismo técnico responde: “está parado desde nada más que lo subimos a la ambulancia”. Nuevamente desde el SAMU se repite la pregunta: “¿cuándo llegasteis, antes de subirle a la ambulancia, estaba con pulso?”, obteniendo la siguiente respuesta: “estaba con poco pulso, pero tenía un poco”.

Tales datos, que como vemos reitera en tres ocasiones uno de los técnicos que intervienen en el servicio, directamente desde el lugar de los hechos y en el mismo momento en que tenían lugar, se oponen a los que (no sabemos si por el propio técnico o por su compañero) se reflejan en la siguiente conversación telefónica transcrita, que se realiza a las 23:45. En ese momento, ya finalizado el servicio, a preguntas de la misma Médica del SAMU, el informante refiere que cuando llegaron al lugar “ya estaba parado” y que “no tenía pulso”. Y esto es lo que consta en la valoración inicial que aparece en la hoja del correspondiente servicio: “no respuesta”, “respiración ausente”, “pulso no”. Desconoce este Consejo si todas esas manifestaciones contradictorias fueron realizadas por el mismo técnico o bien por personas distintas, dado que tal dato no consta en el expediente que analizamos. En cualquier caso, juzgamos que debe darse por acreditada la primera versión que se refleja en la transcripción de las conversaciones telefónicas. En primer lugar, según hemos señalado, por la inmediatez del testimonio, que se realiza desde el mismo lugar y en el mismo momento en el que se está prestando la asistencia. Por otra parte, resulta coherente con la decisión que se adopta de modo inmediato, desplazándose de manera urgente hasta (hospital), sin volver a desandar los 2,5 km que los distanciaban del centro de salud del que habían partido, y por

tanto de la posibilidad de contar con un médico. Resulta poco verosímil que al encontrarse ante un cadáver (no tendría ni respiración ni pulso), los técnicos de la USVB resolvieran por su propia iniciativa acudir al hospital, trasladando el cuerpo a una velocidad media cercana a los 100 km/h (dato que obtenemos de su propia declaración sobre el tiempo invertido -17 minutos- en relación con la distancia aproximada, 28 km). Pero a mayor abundamiento, no encontramos ninguna razón objetiva que pueda justificar una alteración posterior de los datos transmitidos en un principio, es decir, que el afectado tenía “poco pulso” y que “nada más montar (...) en la ambulancia entró en parada”, datos estos que, según hemos razonado, consideramos acreditados.

También resulta imprescindible determinar qué actuaciones asistenciales se prestaron por los técnicos de la USVB y qué pruebas se practicaron. Al respecto tenemos dos informes: el suscrito por el “Coordinador del CCU”, que nada indica al respecto, y el parte del servicio 559 prestado por la USVB. También disponemos de las conversaciones telefónicas. Pues bien, analizado todo ese material probatorio, constatamos que en las transcripciones telefónicas el técnico relata al SAMU que mientras conduce su compañero va solo “haciendo RCP”, mientras que en el parte del servicio se recogen las siguientes actuaciones: “guedel”, “ambu”, “RCP básica”; es decir, la introducción de una cánula en la garganta para evitar la obstrucción por la propia lengua del paciente (“guedel”), la aplicación de una mascarilla para realizar respiración asistida, “boca a boca”, evitando contagios al rescatador (“ambu”), y la realización de maniobras de resucitación cardio-pulmonar (RCP) básicas, que consisten en la compresión torácica coordinada con la respiración boca a boca. No se hace referencia alguna a que esta “RCP básica” se complemente con la aplicación de un “DESA” (desfibrilador automático), y por tanto nada se puede indicar sobre el resultado de la misma. Tampoco se dice nada respecto a la posible práctica de un electrocardiograma (ECG). El resultado “plano” de esta prueba diagnóstica, que se da por cierto en varios informes incorporados al expediente, resulta ser un error, según reconoce la instrucción en respuesta a las diligencias para mejor proveer efectuadas a instancia de este Consejo

Consultivo, error que se desliza en el informe técnico de evaluación y en la propuesta de resolución. Y el mismo error, añadimos nosotros, que también se constata en el informe forense, con singular trascendencia a la hora de establecer la hora del fallecimiento, como posteriormente veremos y que, parcialmente, se refleja en el informe aportado por la entidad aseguradora, que refiere la realización de dos electrocardiogramas, cuando en realidad solo se efectuó uno, el realizado en el hospital, después del fracaso de la reanimación.

Fijados estos hechos, hemos de analizar los diferentes informes técnicos que incorpora la Administración al expediente, dado que los interesados, a quienes corresponde la carga de la prueba, tan solo aportan el testimonio escrito de tres testigos coincidente con lo relatado en el escrito de reclamación.

Por lo que se refiere a las circunstancias relativas a la demanda de ayuda y la activación del servicio, ya hemos dejado expuestas las transcripciones telefónicas, y por tanto nada hemos de añadir a los datos que en ellas constan.

En cuanto a las circunstancias del fallecimiento, figura incorporado al expediente un informe de autopsia, de fecha 6 de septiembre de 2009, sobre la muerte del perjudicado. En relación con los hechos, señala el forense que “según testigos presenciales, hacia las 22:40 horas del día 5 de septiembre de 2009, sin síntomas previos se desploma en el suelo sin signos de vida./ Tras acudir la ambulancia medicalizable, se le monitoriza obteniendo un ECG plano e interpretando el desfibrilador automático que la parada es irreversible por lo que no genera estímulo eléctrico”. Sobre la base de tal relato, data la muerte “entre las 22:30 y las 22:40 horas del día 5 de septiembre”.

Cabe señalar sobre los hechos, que el relato de lo sucedido que acoge el forense, “cayó en el suelo desplomado”, no se corresponde con la descripción que realiza el alertante en su demanda de auxilio al 112, que dice: “estuvieron aquí de cena y no sé si se le cortó la digestión o algo. Está como muerto, no sabemos (...) está apoyado aquí encima de la mesa y ni se mueve”. En cualquier caso, lo que resulta ciertamente extraño es que el forense refleje como ciertos unos datos (la práctica previa de un ECG, con resultado plano, y la nula respuesta de un DESA) que no figuran en ninguno de los informes ni en

las conversaciones registradas, todo ello unido a que el propio servicio instructor reconoce que no se realizó tal ECG. Ello nos lleva a considerar que los “testigos presenciales”, que son su fuente de información, habrían errado sobre datos fundamentales. Por tanto, no podemos considerar acreditada la hora de la muerte que deduce el forense, dado que no se le realizó el ECG que refiere, y según las transcripciones telefónicas ya relatadas, la parada cardiaca se produce “nada más montar al chico en la ambulancia”, realizándose la RCP básica durante la marcha de esta en dirección a (hospital); de ahí que la hipotética aplicación de un DESA junto con la RCP se habría producido durante ese trayecto, lo que nos lleva a concluir que difícilmente un testigo (salvo los propios técnicos) podría haber dado cuenta de la aplicación de tales medios asistenciales ni de su resultando.

En definitiva, y por lo que se refiere al informe forense, no consideramos acreditada la hora de la muerte que en este se indica, ni que se le haya practicado un ECG.

Por las mismas razones ya expuestas, de las conclusiones que refleja el informe técnico de evaluación no es posible considerar acreditado que el joven se encontrara sin pulso ni respiración cuando llega la ambulancia, porque se contraponen a las propias manifestaciones del técnico actuante en su primera conversación telefónica, ni por ello que la muerte se haya producido “varios minutos antes de alertar y solicitar” el auxilio.

Por lo que se refiere al informe aportado por la entidad aseguradora, cabe señalar de inicio que existe un error en cuanto a la documentación que su autora señala haber analizado, dado que refiere dos electrocardiogramas, uno a las 23:29 del día del suceso, y otro al día siguiente, 6 de septiembre. Lo cierto es que únicamente consta incorporado al expediente que tenemos a nuestra disposición el impreso de un electrocardiograma, realizado en el Hospital a las 00:34 horas del día 6 de septiembre, y ya hemos señalado que la propia instrucción reconoce que en la ambulancia no se le practicó dicha prueba. También considera acreditado que se utilizó un DESA, dato que como hemos visto no consta en ninguno de los documentos que recogen la atención

prestada. Por último, llama poderosamente la atención a este Consejo que el informe se pronuncie sobre la correcta actuación del servicio asistencial en su conjunto, y por tanto sobre los recursos materiales puestos en funcionamiento, sin conocer cuál es la distancia que debió recorrer la USVB para socorrer al enfermo.

Finalmente, en lo atinente a la propuesta de resolución, constatamos que recoge en sus antecedentes de hecho la incorporación al expediente, entre otros, de un Parte del servicio prestado por la ASVB en el que “se especifica pormenorizadamente su actuación en el caso presente. Se adjunta trazado electrocardiográfico (ECG plano) registrado al monitorizar al paciente”. Evidentemente, tal ECG no existe y por ello no pudo ser aportado al expediente. En su argumentación, recoge la propuesta la hora del fallecimiento que determinó el forense, que los técnicos de la ambulancia realizaron un ECG en el lugar del suceso -datos que consideramos erróneos- y, por último, la falta de respuesta, desde el inicio de la asistencia prestada, a la aplicación del DESA, dato que, ya señalamos, no consta en ningún documento. Igualmente, llama la atención el hecho de que se alcance un pronunciamiento sobre la pertinencia o no de la responsabilidad patrimonial sin tener en cuenta el dato de la distancia que debió recorrer la USVB.

Una vez valorado todo lo anteriormente expuesto, considera este Consejo Consultivo que no se aprecia infracción de la *lex artis* en la actuación médica consistente en la asignación del recurso asistencial, dada la dificultad de que mediante una conversación telefónica, en general, y en particular en este caso concreto, los facultativos del servicio de emergencias alcancen un diagnóstico preciso de lo que está sucediendo. Tal como destacan los informes técnicos aportados, la facultativa que atiende la urgencia dirige su sospecha hacia un síncope en el contexto de una ingesta excesiva de alcohol, “sin más”, teniendo en cuenta la información que recibe y las características de la víctima, joven y sin antecedentes, por lo que no llega a la conclusión de que se trate de una urgencia vital. En cualquier caso, y aunque tal dato no se maneja en la instrucción, según la página web del Servicio de Salud “AsturSalud”, hemos de

considerar que se movilizó el único recurso móvil existente en las inmediaciones, una USVB, entre cuya dotación, a diferencia de las UME (Unidades Medicalizadas de Emergencias), no figuran ni personal médico ni de enfermería. Por todo ello, no podemos apreciar infracción alguna de la *lex artis* en la activación con carácter inmediato del único recurso para la asistencia de urgencias extrahospitalarias disponible en esa zona.

A continuación hemos de analizar cómo se prestó realmente el servicio por parte de la USVB movilizada. Lo primero que llama la atención es que “no es posible contactar telefónicamente con la ambulancia desde la sala de teleoperación del SAMU”, siendo preciso establecer contacto con el “Centro de Coordinación de la empresa de ambulancias para que la localice” -informe del Coordinador del CCU-. Tal incidente, que impide a los médicos del SAMU hablar directamente con los técnicos de la ambulancia, se pretende explicar con un genérico “estaba bloqueado el móvil”. Pero objetivamente, ha producido un retraso en la prestación del servicio, retraso que, según los datos de los propios técnicos -llegaron en unos 7 minutos-, puestos en relación con las transcripciones telefónicas, ya hemos señalado que supuso 10 minutos. Sin embargo, cabría incluso valorar el tiempo que se dice invertido en el servicio, en relación con la distancia a recorrer, de lo que se concluye una velocidad media de 21,44 km/h, velocidad que no resulta coherente con la prestación de un servicio de urgencia médica. Por último, y por lo que se refiere a la actuación de esta USVB, también cabría cuestionar si la decisión que parece adoptarse autónomamente, en el sentido de trasladar al enfermo al hospital sin demandar la asistencia de personal médico en el Centro de Salud (a 2,5 Km de distancia), resulta adecuada o, dicho de otra forma, si no debieron consultar con los médicos del SAMU la respuesta acorde con la grave situación con la que se encuentran, puesto que de la conversación telefónica con dicho servicio, parece desprenderse que la actuación correcta habría sido la de buscar una asistencia médica profesional que pudiera realizar maniobras de resucitación avanzadas.

En todo caso, al margen de esta dos últimas reflexiones, la mera constatación de un retraso de 10 minutos en la puesta en marcha del recurso, resulta a nuestro juicio elemento suficiente para concluir que existe una prestación defectuosa del servicio de urgencias extrahospitalarias, y tal consideración, junto con las explicaciones que al respecto de las posibilidades de supervivencia nos aporta el informe de la entidad aseguradora, nos permiten presumir razonablemente que puede existir un nexo causal con el daño, considerado como una pérdida de oportunidad de supervivencia en un curso causal hipotético, teniendo en cuenta que según tal informe las posibilidades de sobrevivir “son inversamente proporcionales al tiempo transcurrido hasta el inicio de su tratamiento, con un descenso aproximado de un 10% cada minuto transcurrido”, lo que nos lleva a concluir que al cabo de 10 minutos desde el inicio de la “muerte súbita” del enfermo, sus posibilidades de supervivencia resultarían prácticamente nulas. Sin embargo, la estimación concreta de la existencia de tal nexo tan solo puede resolverse una vez determinado un dato fundamental, la hora el inicio del proceso patológico, “muerte súbita”, que provocó la muerte del paciente, porque solo así podremos graduar el impacto que tuvo el retraso de al menos 10 minutos en la movilización de la USVB sobre las posibilidades de recuperación, en otras palabras, el nexo causal con el daño producido.

En este punto ya hemos descartado la versión del forense y, con ella, la de aquellos informes incorporados al expediente que argumentan en función de sus datos. Y también nos hemos pronunciado en el sentido de que cuando llega la ambulancia, el fallecido aún tenía pulso -“poco”- y un cierto ritmo cardiaco, que desapareció -“entró en parada”- “nada más subirlo a la ambulancia”. Ello nos permite afirmar que la muerte no se había producido aún en esos primeros instantes, aunque ello no resuelve el problema del inicio de los síntomas. Y a tal efecto hemos de presumir que la demanda de auxilio se produce instantes después de la aparición del cuadro, dadas las evidentes señales de gravedad que el alertante aprecia -“está como muerto”, “está apoyado aquí encima de la mesa y ni se mueve”-. Además, teniendo en cuenta el tiempo necesario para la

“gestión” de la incidencia -las primeras conversaciones telefónicas-, podemos deducir que cuando se activa el recurso desde el SAMU habrían transcurrido algunos minutos (tal vez 4 o 5) de modo inevitable. Por último, resta fijar el tiempo que razonablemente debiera invertir la ambulancia movilizada en llegar al lugar, y desde luego no consideramos razonable que en ese trayecto, como señalan los propios técnicos que prestaron el servicio, se deban emplear 7 minutos (ello al margen del problema de comunicaciones ya indicado). A una velocidad media de 50 km/h, el tiempo empleado debería haber sido de 3 minutos, e incluso podemos aventurar que una ambulancia que efectúa un servicio de urgencias podría mejorar esos tiempos. Concluimos por todo ello que de haberse prestado el servicio de modo adecuado, la ambulancia pudo haber acudido al lugar antes de transcurridos 10 minutos desde el inicio de los síntomas, por lo que aún resultaba posible la reversión del proceso.

SÉPTIMA.- Establecida la responsabilidad patrimonial del servicio público sanitario, hemos de pronunciarnos sobre la cuantía indemnizatoria. En los supuestos de pérdida de oportunidad por retraso asistencial, señalábamos en dictámenes anteriores que la jurisprudencia ha venido estableciendo que el daño indemnizable no es el de la lesión -en este caso el fallecimiento- respecto al cual no resulta posible saber a ciencia cierta si hubiera podido evitarse, sino que el daño indemnizable ha de ser propiamente la pérdida de la oportunidad de recibir el tratamiento médico adecuado, impidiéndose, en un porcentaje estadísticamente objetivo, la posibilidad de sobrevivir o la de evitar daños y secuelas.

También hemos señalado que en los casos de reclamaciones planteadas por familiares de un paciente fallecido, la pérdida de oportunidad resarcible ha de entenderse como un daño moral que se les causa como consecuencia de saber que una atención correcta, en tiempo y medios, habría aumentado las posibilidades de supervivencia de aquel, aunque no pueda afirmarse con rotundidad que esta se hubiera producido. Por tanto, es el daño moral causado a los padres el que ha de indemnizarse en este supuesto, puesto que se trata

de un daño que deriva de un suceso cierto, no hipotético, como lo fue el fallecimiento de su hijo.

La aplicación de la doctrina de la pérdida de oportunidad terapéutica al caso concreto requeriría la extrapolación del porcentaje de posibilidades perdido al importe de la indemnización, minorándola en función de lo que reflejen las estadísticas sanitarias. En este caso, no resulta posible establecer con precisión el momento en el que se producen los primeros síntomas, aunque en todo caso los datos e informes nos llevan a la conclusión de que el proceso se desencadenó de un modo casi fulminante y, por tanto, aun no habiéndose producido irregularidad en la prestación del servicio, las posibilidades de supervivencia del joven resultarían escasas. No obstante, como lo que ha de indemnizarse es un daño moral, ya hemos señalado en ocasiones anteriores que no siempre hemos de aplicar incondicionalmente aquellos postulados, sino que cabe valorar también las circunstancias personales y familiares del supuesto concreto.

A la vista de ello, y pese a las evidentes dificultades que encierra la valoración de un daño moral, este Consejo entiende que, tomando como base el baremo indemnizatorio establecido en la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor (Texto Refundido aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre), procede reconocer a los interesados una indemnización del 50% de la que correspondería por la muerte del hijo, en función de lo dispuesto en las tablas I y II -en el caso, del factor de corrección en su porcentaje medio, 5%- del mencionado baremo, en las cuantías actualizadas aprobadas por Resolución de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones de fecha 20 de enero de 2011. Sin embargo, dado que la tabla I establece una distinción importante de la cuantía de la indemnización en función del dato de la convivencia con la víctima, y no disponiendo este Consejo del mismo, ha de ser el órgano instructor quien, tras las comprobaciones correspondientes, determine el valor definitivo de la indemnización en función de los criterios expuestos.

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 total o parcialmente la reclamación presentada por, indemnizarla en los términos expresados en el cuerpo de este dictamen.”

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.