

Expediente Núm. 20/2017
Dictamen Núm. 27/2017

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, Rosa María
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 9 de febrero de 2017, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 12 de enero de 2017 -registrada de entrada el día 17 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños derivados del fallecimiento de su madre que achaca al retraso en la movilización de una ambulancia para su traslado al hospital.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 15 de mayo de 2016, el perjudicado presenta en una oficina de correos una reclamación de responsabilidad patrimonial -dirigida a la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias- por los daños que, derivados del fallecimiento de su madre, imputa a un incorrecto funcionamiento del servicio de atención de llamadas de urgencia.

Refiere que su progenitora falleció el día 24 de junio de 2015, y que el mismo día de su fallecimiento, “alrededor de las 17:00 horas”, se requirió “la presencia de una ambulancia que posibilitase su traslado al hospital”, advirtiéndole que la enferma presentaba “importante disnea”.

Señala que, “pese a ser advertida la gravedad de (su madre) y la urgencia de asistencia, se persona en el domicilio, siendo aproximadamente las 17:30 horas de tal fecha, la médica de guardia del centro de salud (...) sin ambulancia ni ningún otro tipo de medidas terapéuticas para la estabilización de la paciente”.

Reseña que la doctora solicita “ambulancia para traslado al (Hospital) y mientras estamos esperando la paciente entra en PCR. Se realizan maniobras de RCP sin éxito. Certifico defunción”.

Afirma que, “acaecida la muerte (...) sobre las 18:35 horas a causa de un edema agudo de pulmón, se habría perdido un tiempo relevante al efecto de evitar, en la medida de lo posible, el fatal resultado”.

Manifiesta que “es evidente, como tendremos (...) ocasión de probar en el momento procesal oportuno, la contribución causal en el fallecimiento sucedido del aspecto temporal en el abordaje de la patología que presentaba la madre del reclamante. Así, pese a la sintomatología presentada por la paciente (importante disnea) la doctora se persona en el domicilio” de la misma “sin transporte ambulatorio con aplicación de oxigenoterapia./ Ante ello, no puede negarse la progresiva gravedad de la situación (...), evidenciada ante la sintomatología descrita y tipología asistencial requerida, y con ello la necesidad de aplicar al caso que nos ocupa una mayor premura en su abordaje -impedida merced a la tardanza en el desplazamiento de la ambulancia-, lo cual, en definitiva merece ser puesto en relación con la denominada doctrina de la pérdida de oportunidad”.

Finalmente, insta a que se le “indemnice (...) por los daños derivados (de) la inadecuada asistencia sanitaria proporcionada a su madre”, aunque sin

expresar la cuantía solicitada, y designa como representante a la letrada que identifica.

Adjunta copia de los siguientes documentos: a) Hoja de episodios del centro de salud con anotaciones correspondientes a la atención prestada el día 24 de junio de 2015. b) Certificado médico de defunción, en el que se refleja como causa de la muerte "edema agudo de pulmón".

2. El día 22 de junio de 2016, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios designado al efecto solicita a la Unidad de Atención a las Urgencias y Emergencias Sanitarias una copia de la documentación obrante en su poder relativa a la reclamación formulada, junto con un informe al respecto.

Con la misma fecha, requiere a la Gerencia del Área Sanitaria IV una copia de la historia clínica relativa al proceso de referencia y un informe emitido "por quien corresponda del centro de salud" de la paciente sobre el concreto contenido de la reclamación presentada.

3. Mediante oficio de 28 de junio de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica al interesado la fecha de recepción de su reclamación en el citado Servicio, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y el plazo máximo de tramitación del procedimiento, con referencia a los efectos de la falta de resolución expresa. Asimismo, le requiere para que en el plazo de diez días acredite la representación conferida en el escrito de reclamación por cualquier medio válido en derecho.

4. Con fecha 28 de junio de 2016 el Coordinador Médico del CCU SAMU Asturias traslada al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios un cuadro en el que se refleja que la llamada solicitando asistencia se recibe "a las 17:44 horas" y que el "recurso asistencial enviado" es "personal sanitario del Centro de Salud". En el mismo documento consta que "a las 18:19 horas solicita el médico del Centro de Salud, desde el domicilio del paciente,

ambulancia para su traslado al hospital”, por lo que se envía una “ambulancia Soporte Vital Básico” que llega a las 18:25 horas, pero “no traslada” a la paciente por “exitus”.

5. Al expediente se incorporan, a continuación, los siguientes documentos: a) Formulario en el que se recogen los pormenores de la intervención de la Unidad de Soporte Vital Básico desplazada al domicilio de la paciente. b) Informe del Coordinador Médico del CCU SAMU Asturias, fechado el 29 de junio de 2016, en el que deja constancia de que “a las 17:44 horas una alertante solicita telefónicamente asistencia para (la paciente), de 97 años de edad, que `lleva unos cuantos días que come mal, y tiene unas flemas que yo, ahora, casi se me queda con una, porque metí el dedo y saquela, pero ahora tiene ahí, la pobre, una que no soy capaz, y está ahí, y tengo miedo, a ver si me entiendes´./ La teleoperadora del SAMU indica a la alertante que se le va a enviar un médico al domicilio, y la alertante finaliza la conversación `muy bien, vale, gracias hija; hasta luego´ (...). A las 17:46 horas desde la Sala de Teleoperación del SAMU se transmite la necesidad asistencial al Centro de Salud indicándoles que la paciente presenta `flemas y trabajo respiratorio´ (...). A las 18:00 horas desde el domicilio de (la enferma) se reclama la asistencia solicitada indicando que `ya le saqué dos flemas y ya no le puedo sacar más, pero es que se me afuega´./ El teleoperador del SAMU comunica a la alertante que ya se transmitió la necesidad asistencial al centro de salud, pero que volveremos a llamar para reiterarla (...). Desde la Sala de Teleoperación del SAMU se reclama la asistencia al centro de salud a las 18:02 horas, y en este comunican que `acaban de marchar para allá, ahora mismo, que llegaron del otro y marcharon´ (...). A las 18:18 horas la médica del Centro de Salud solicita al SAMU una ambulancia para trasladar al hospital a (la paciente), que presenta un `fallo cardíaco´ (...). A las 18:19 horas la Sala de Teleoperación del SAMU transmite la necesidad asistencial a la ASVB con el indicativo Beta 40”. c)

Registro de comunicaciones telefónicas entre el domicilio de la paciente, el 112, el SAMU y el centro de salud.

6. El día 12 de julio de 2016, el interesado remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la escritura notarial mediante la que apodera a la letrada designada en el escrito de reclamación para actuar en su nombre en relación con el asunto de referencia.

7. Con fecha 18 de julio de 2016, la doctora que asistió a la madre del perjudicado la tarde en que se produjo el fallecimiento suscribe un informe en el que se limita a transcribir lo consignado “en su día en la historia clínica”; en concreto, “guardia (dom.): avisan por disnea./ EF: Sat. O₂ 72%. TA 160/60. AC: RSCsAs a 90 lpm. AP: crepitantes hasta campos superiores./ Se pide ambulancia para traslado al (Hospital) y mientras la estamos esperando la paciente entra en PCR. Se realizan maniobras de RCP sin éxito. Certifico defunción”.

8. Mediante oficio de 28 de julio de 2016, la Subdirectora de Atención Sanitaria y Salud Pública del Área Sanitaria IV remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia del episodio relacionado con la reclamación.

9. El día 17 de agosto de 2016 el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios suscribe el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él concluye que, “tal y como se pone de manifiesto en la documentación incorporada al expediente, desde que se solicitó la asistencia médica, por tener flemas la paciente, hasta que se personó el médico en el domicilio y tras comprobar que (...) se encontraba en fallo cardíaco pidió la movilización de una ambulancia transcurrieron 34 minutos. Desde ese momento la ambulancia tardó 7 minutos en llegar al domicilio. En este intervalo se produjo la parada cardíaca de la paciente, que no respondió a las maniobras de reanimación. Es evidente que

dados los tiempos señalados la muerte de (la paciente) no puede ser imputada a un retraso asistencial, sino a su propia patología". Por ello, entiende que la reclamación debe ser desestimada.

10. Mediante oficios de 5 de septiembre de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros sanitarios traslada una 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.

11. Con fecha 5 de octubre de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica al interesado la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

Al día siguiente se persona este en las dependencias administrativas y retira una copia del expediente administrativo completo.

12. El día 19 de octubre de 2016, el perjudicado presenta en una oficina de correos un escrito de alegaciones en el que se ratifica en su pretensión. Considera que, "a la vista de la documentación incorporada al expediente, no existe duda respecto a que hubo un retraso en la llegada de los servicios de emergencia y en la atención adecuada de la enferma debido a una adjudicación asistencial inadecuada por parte del 112./ La propuesta de resolución, en síntesis, se limita a negar el déficit de funcionamiento pretendiendo minimizar la contribución causal en el fallecimiento sucedido del aspecto temporal en la asistencia prestada (...), argumentando que `es evidente que dados los tiempos señalados la muerte de (la paciente) no puede ser imputada a un retraso asistencial, sino a su propia patología´, sin especificar cuáles son los tiempos de asistencia protocolarios y acordes a la *lex artis* en una urgencia vital".

Considera que "no fue razonable la actitud del 112 en el sentido de descartar enviar directamente una ambulancia o una UVI móvil desde la primera llamada, pese a que se estaba advirtiendo por la alertante (...) que (...)

se trataba de una paciente con trabajo respiratorio (...), es decir, desde un primer momento el Servicio 112 disponía de información suficiente respecto a la gravedad sintomatológica de (la paciente), en tanto (que) la alertante, pese a utilizar un vocabulario lego en medicina, estaba trasladando claramente que temía el fallecimiento (...) por ahogamiento, por lo que, atendiendo a la urgencia vital de la que se trataba, al tiempo de respuesta, al material a emplear y a la experiencia del personal para atender a la enferma, la operadora del SAMU debería haber derivado la petición a la ASVB directamente desde la primera llamada y no mantener la actitud de transmitir la necesidad asistencial al centro de salud, quien envía a la facultativa de atención domiciliaria (...) media hora después de la primera llamada alertando de la disnea, sin experiencia ni medios para estabilizar a la enferma, tal y como ha quedado constatado ante la naturaleza de los hechos que nos ocupan”.

Señala que la documentación incorporada al expediente “permite entender acreditado que la UVI móvil hubiera tardado en llegar al domicilio de la paciente tan solo 6 minutos, en tanto (que) es el tiempo que tardó la UVI en llegar al domicilio (...) desde que la médico de Atención Primaria llamó al 112. Este tiempo, desde luego, es muy inferior al que en efecto tardó en llegar ese soporte vital -41 minutos (...)-. Por lo que es indudable que una adjudicación temprana hubiera permitido a la perjudicada beneficiarse de los medios de los que disponía la UVI móvil, adecuados para estabilizarla y permitir su inmediato traslado al hospital”.

Estima que “la actuación llevada por el Servicio 112 (...) ha supuesto una pérdida de oportunidad sobre sus posibilidades de haber continuado viviendo, entendiéndose que esa actuación le ha privado de unas expectativas de vida que no son descartables, dado que presentaba una patología que, aunque es potencialmente mortal si no se trata a tiempo, también es potencialmente curable si se trata de forma precoz: edema agudo de pulmón (...). Dicho de otra manera, una actuación del Servicio 112 acorde con la buena praxis que le

es exigible en ejercicio de sus funciones de coordinación ante una actuación de asistencia podía haber evitado la muerte” de la paciente.

Afirma que “la Administración (...), que es quien tiene la carga de hacerlo, no ha aportado ningún medio de prueba del que se pueda deducir que la muerte (...) era inevitable”.

Respecto a la cuantificación del daño, atendido el valor de la indemnización por muerte establecido con carácter orientativo en el baremo de accidentes de circulación aplicable durante 2015, y que se estima la “pérdida de oportunidad (...) en un 80%”, solicita treinta mil seiscientos setenta y seis euros con seis céntimos (30.676,06 €).

13. Con fecha 14 de diciembre de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, por considerar que el fallecimiento de la paciente no puede ser imputado a un retraso asistencial, sino a su propia patología.

14. En este estado de tramitación, mediante escrito de 12 de enero de 2017, 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 Sanidad, 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.

En el despacho de la presente consulta tomamos en consideración la entrada en vigor el día 2 de octubre de 2016 de las Leyes 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, y 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público. La disposición transitoria tercera de la Ley 39/2015, sobre régimen transitorio de los procedimientos -que carece de equivalente en la Ley 40/2015, salvo para los procedimientos de elaboración de normas en la Administración General del Estado-, determina que "A los procedimientos ya iniciados antes de la entrada en vigor de la Ley no les será de aplicación la misma, rigiéndose por la normativa anterior".

A estos efectos, en el supuesto analizado el procedimiento se inició mediante reclamación de la interesada presentada en una oficina de correos el día 15 de mayo de 2016, lo que nos remite a la redacción entonces vigente de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), y al 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.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de LRJPAC, está el hijo de la fallecida activamente legitimado 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 la 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 15 de mayo de 2016, habiéndose producido el fallecimiento por el que se reclama el día 24 de junio de 2015, 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 Responsabilidad Patrimonial. 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.

Antes de examinar si se han cumplido los trámites esenciales establecidos en esta normativa, debe aclararse si la Consejería de Sanidad es la competente para tramitar el procedimiento que analizamos, ya que el interesado imputa el fallecimiento por el que reclama al “deficiente funcionamiento del 112”. La referencia al “112”, una vez suprimida la Entidad Pública “112 Asturias” por Ley del Principado de Asturias 1/2013, de 24 de mayo, de Medidas de Reestructuración del Sector Público Autonómico, debe entenderse hecha al Servicio de Emergencias del Principado de Asturias (SEPA), organismo autónomo que gestiona, según el artículo 3 de la Ley antes citada, los servicios de atención de llamadas de urgencia y emergencia a través del

número 112, de protección civil y de extinción de incendios y salvamentos, en el ámbito territorial del Principado de Asturias, y que se encuentra adscrito a la Consejería de Presidencia y Participación Ciudadana, según resulta del Decreto 62/2015, de 13 de agosto, por el que se establece la estructura orgánica básica de dicha Consejería. Es evidente, por tanto, que de tratarse de una actuación imputable al SEPA la Consejería de Sanidad, a la que se dirige el escrito de reclamación, no sería competente para la tramitación del procedimiento que analizamos. Ahora bien, sucede que al identificar el propio interesado la actuación que considera contraria a la buena praxis asistencial -esto es, la decisión de solicitar atención médica domiciliaria para la paciente en lugar de pedir una ambulancia para su traslado inmediato al hospital- no la atribuye al Servicio de Emergencias, sino a "la operadora del SAMU". Según consta en las grabaciones que se han incorporado al expediente, es efectivamente una operadora del Servicio de Asistencia Médica Urgente del Principado de Asturias (SAMU) quien, tras escuchar el relato de los síntomas que presentaba la paciente, decide enviar un médico a su domicilio, y el SAMU no pertenece al Servicio de Emergencias del Principado de Asturias, sino que se encuentra encuadrado en el Servicio de Salud del Principado de Asturias, lo que permite afirmar que se ha procedido correctamente por parte de la Consejería de Sanidad a instruir el procedimiento.

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

En cuanto al informe del servicio afectado, que como se acaba de señalar es el SAMU, el mismo se ha incorporado formalmente al expediente, pero resulta deficiente en tanto que se reduce a la transcripción de las comunicaciones producidas en relación con el asunto de referencia, sin abordar explícitamente las imputaciones vertidas en los escritos del reclamante. Pese a ello, no se estima pertinente en este momento la retroacción de las actuaciones, toda vez que es posible efectuar un pronunciamiento de fondo sobre la controversia que se suscita.

Finalmente, 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.- El interesado reclama del servicio público sanitario una indemnización por el daño moral derivado del fallecimiento de su madre, que achaca a la pérdida de oportunidad terapéutica producida como consecuencia del retraso en movilizar una ambulancia para trasladarla al hospital.

Por lo que a la efectividad del perjuicio reclamado se refiere, acreditado el óbito de la paciente, debemos presumir en su hijo un daño moral susceptible de reclamación con independencia de cuál haya de ser su valoración económica; cuestión esta que solo abordaremos más adelante de concurrir el resto de requisitos generadores de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

Ahora bien, la mera constatación de un daño real, efectivo, individualizado, evaluable económicamente y 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.

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, 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 el reclamante 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.

Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las

técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que el defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes en función del carácter especializado o no de la atención sanitaria prestada y que se actuó con la debida prontitud. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*.

En el caso que analizamos el reclamante reprocha al servicio público, según precisa en el escrito de alegaciones presentado en el trámite de audiencia, un “deficiente funcionamiento” del Servicio de Asistencia Médica Urgente, que considera “no fue razonable” al “descartar enviar directamente una ambulancia o una UVI móvil desde la primera llamada, pese a que se estaba advirtiendo por la alertante (...) que (...) se trataba de una paciente con trabajo respiratorio”. Afirma que el servicio público dispuso “desde un primer momento (...) de información suficiente respecto a la gravedad sintomatológica” de la paciente, “por lo que, atendiendo a la urgencia vital de la que se trataba (...), la operadora del SAMU debería haber derivado la petición a la ASVB directamente desde la primera llamada”. Tras significar que la Administración “no ha aportado ningún medio de prueba del que se pueda deducir que la muerte (...) era inevitable”, afirma que de haberse llamado a la ambulancia de inmediato podría haberse evitado el fallecimiento, pues “la UVI móvil hubiera tardado en llegar al domicilio de la paciente tan solo 6 minutos”, lo que habría permitido a la anciana “beneficiarse de los medios de los que disponía (...), adecuados para estabilizarla y permitir su inmediato traslado al hospital”.

Como ha subrayado este Consejo en anteriores ocasiones, corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar los hechos en los que funda su pretensión, y de probar 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 solicita. Articulándose la reclamación sobre una supuesta pérdida de oportunidad terapéutica por retraso asistencial, corresponde al perjudicado y no al servicio público la carga de probar, al menos como hipótesis posible, su afirmación de que una pronta asistencia hospitalaria habría variado las posibilidades de supervivencia de su progenitora; sin embargo, tal acreditación brilla por su ausencia en el caso que analizamos. Pero, además, el interesado no ha realizado ningún esfuerzo probatorio o argumentativo dirigido a evidenciar que la decisión de enviar un médico al domicilio de la paciente en lugar de disponer su inmediato traslado al centro hospitalario integre una infracción de la *lex artis ad hoc*.

A falta de tal prueba, y al objeto de analizar si la coordinación de la demanda sanitaria urgente llevada a cabo por el SAMU fue inadecuada, debemos comenzar por poner de manifiesto que la tarea de decidir qué dispositivo ha de movilizarse en cada caso concreto, habida cuenta del medio y las circunstancias en que se realiza, no es fácil. En efecto, cuando la asistencia urgente la solicita el propio paciente o indirectamente sus allegados -como sucedió en este caso- el operador del SAMU ha de realizar un diagnóstico de la gravedad de la dolencia o dolencias que pudiera presentar el enfermo, de la premura con que debe atenderse y del tipo de asistencia (básica o especializada) que se requiere en cada caso, todo ello en un breve espacio de tiempo y mediante la interpretación de los signos que refieren por vía telefónica los demandantes de asistencia, habitualmente legos en medicina. Si, como viene señalando reiteradamente este Consejo, la *lex artis* médica no incluye la obligación de diagnóstico certero en todos los casos, incluidos aquellos en los que el responsable de la atención puede examinar directamente al paciente, mucho menos puede establecerse la existencia de un deber general de evaluación infalible a cargo de los operadores del SAMU, atendidas las circunstancias en que se desarrollan sus funciones. En el caso concreto que se examina, a la vista del relato telefónico de síntomas que efectúa la cuidadora

de la paciente en sus llamadas, quien destaca que esta “lleva unos cuantos días que come mal” y que tiene “flemas” que dificultan su respiración, la decisión de enviar a la doctora de Urgencias al domicilio en lugar de trasladar a la paciente directamente al hospital no parece ilógica o fuera de lo razonable, aunque una vez conocido el alcance de la dolencia que realmente presentaba -un fallo cardíaco que le había producido un edema pulmonar- y su desenlace pudiéramos colegir que el estado de aquella ya debía ser entonces muy grave, o incluso agónico, pues el fallecimiento se produce aproximadamente cincuenta minutos más tarde de recibirse la primera llamada en el Servicio de Emergencias.

Por otra parte, ha de tenerse presente que, siendo limitados los medios de que se dispone para la prestación de la atención sanitaria, su gestión eficiente ha de realizarse conforme a un lógico principio de razonabilidad, y así, aun cuando todas las llamadas que se derivan al SAMU presuponen la necesidad de una atención urgente o, lo que es lo mismo, que no puede esperar a ser tratada por los cauces asistenciales ordinarios, la respuesta que aquel Servicio haya de dar a las demandas de asistencia ha de resultar acorde con la estimación previamente efectuada de la gravedad y pronóstico de cada una de las situaciones, tanto individualmente consideradas como en relación con otras que deban ser simultáneamente atendidas, al objeto de evitar que se consuman medios extraordinarios en asistencias que pueden ser atendidas con los ordinarios. Lógicamente, las posibilidades de éxito asistencial se incrementarían si se remitiese una unidad dotada de los recursos más avanzados a todos los domicilios para los que se solicitase atención médica urgente, pero siendo el coste de tal medida inasumible el estándar del servicio debe conformarse con facilitar a los enfermos los medios disponibles y adecuados, teniendo en cuenta la evaluación previa de su situación realizada por personal especializado.

Por tanto, entendemos que no concurre el imprescindible nexo causal entre el funcionamiento del servicio público y el daño moral derivado del

fallecimiento por el que se reclama, y que por ello la reclamación ha de ser desestimada.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por

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.