

Expediente Núm. 24/2018
Dictamen Núm. 93/2018

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 17 de mayo de 2018, 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 25 de enero de 2018 -registrada de entrada el día 31 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias, formulada por, por las secuelas de un infarto que sufrió cuando se dirigía al centro de salud al que había sido derivado por otro centro de Atención Primaria.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 25 de enero de 2017, tiene entrada en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por las secuelas derivadas de una parada cardiorrespiratoria debida a un infarto que el paciente sufrió cuando se dirigía a su centro de salud de referencia remitido por otro centro de Atención Primaria al que había acudido.

Expone que el 8 de noviembre de 2016 salió de su centro de trabajo “sobre las 14:30, dirigiéndose al Centro de Salud ‘A’”, con “fuertes dolores”, y “al encontrarlo cerrado se dirigió al Centro de Salud ‘B’, encontrándose con su hija, que se ofreció a acompañarle”. Manifiesta que “al llegar al Centro de Salud ‘B’ la auxiliar administrativo (...) le indicó que ese centro de salud no le pertenecía, que se fuera al Centro de Salud ‘C’. Se insistió en que precisaba asistencia urgente porque se encontraba mal, pero no le hizo caso”. Posteriormente, cuando se dirigía al centro de salud indicado “sufrió un desfallecimiento con pérdida de conocimiento” y su hija “llamó alarmada al 112 y acudió la unidad móvil (...) en seis o siete minutos”, atendiéndole por parada cardiorrespiratoria y siendo trasladado al hospital.

Afirma que sufre “secuelas de la falta de riego sanguíneo en el cerebro (...), pérdida de memoria” y dificultad “para desarrollar sus actividades diarias básicas, todo ello de carácter irreversible”, y que ello es “consecuencia de la negativa a atenderlo en el Centro de Salud ‘B’”, reseñando que “el Área Sanitaria ha reconocido tal hecho lamentándolo”.

Cuantifica el daño sufrido en sesenta mil euros (60.000 €) a expensas de su “evolución”, y acompaña parte médico de baja del día del accidente e informes clínicos de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Adjunta a su reclamación una copia de la contestación dirigida a su hija por la Gerente del Área Sanitaria en la que se indica, “en relación con su escrito, de fecha 11 de noviembre, referido a la atención” prestada a su padre, que “he de trasladarle, en primer lugar, nuestro pesar por la incidencia derivada de una insuficiente coordinación entre las unidades de atención urgente./ A partir de tener conocimiento de dicha incidencia hemos dado instrucciones a todos los profesionales para evitar que se repitan situaciones similares”.

2. Con fecha 17 de febrero de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica al reclamante la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y

Centros Sanitarios, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Previa solicitud formulada por el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas, se incorpora al expediente una copia de la historia clínica del paciente, el informe de la Directora del Área Sanitaria en la que se integra el Centro de Salud "B" -que se acompaña de escrito rubricado por la auxiliar que derivó al paciente a otro centro-, los informes relativos a la asistencia prestada por la ambulancia y el remitido por la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital que le atiende.

En el informe librado por la Directora de Atención Sanitaria y Salud Pública del Área Sanitaria III, fechado el 14 de marzo de 2017, se indica que "la atención continuada forma parte de la atención clínica directa de los equipos de Atención Primaria. Se presta fuera del horario normal de los centros de salud. Sus funciones son facilitar el acceso a los ciudadanos que por problemas laborales o familiares tienen dificultad para ser atendidos dentro de los horarios normales, asegurar la continuidad de la atención (...) y atender urgencias o emergencias".

Se acompaña escrito, firmado el 20 de marzo de 2017 por la auxiliar de administración del Centro de Salud "B" que prestaba sus servicios cuando acude el reclamante, en el que se manifiesta que "el día 08 de noviembre de 2016 (...) un señor que se identifica él mismo como paciente del Centro de Salud de 'A' acude diciendo 'soy de 'A', y como mi centro está cerrado vengo aquí'. Yo le informé que se tenía que dirigir al Centro de Salud de 'C', que es el que le corresponde, y que está abierto hasta las 20 h, a lo que el señor y su acompañante accedieron sin ningún tipo de queja y de buen talante./ En ningún momento se apreció ningún síntoma de gravedad, ni ellos lo reclamaron. En ese momento estaba un enfermero a mi lado (...) que puede dar fe de ello". Se adjunta escrito rubricado por el referido Diplomado Universitario en Enfermería en el que se corroboran los hechos sucedidos en su presencia, concluyéndose que "el propio paciente y acompañantes optaron por

trasladarse allí sin expresar en ningún momento malestar por la situación ni urgencia en la atención”.

En “los registros de la Central de Coordinación del SAMU Asturias” consta el aviso a las “15:50 horas” y el envío de una “ambulancia soporte vital avanzado” a las “16:00 horas”, finalizando su asistencia a las “17:28”. En el “Registro de Enfermería” del SAMU se relata que el paciente se encontraba inconsciente en parada cardiorrespiratoria y que tras veinte minutos de reanimación recupera el pulso, pero lo vuelve a perder y lo recupera a los 35 minutos, volviendo a perderlo otra vez y recuperándolo a los 45 minutos, y se reseña que “se activa código corazón a las 17:00 h”, siendo trasladado al Hospital En el informe clínico-asistencial figura como “hora de llegada: 16:00”, precisándose que el paciente se encontraba mal y “su hija le llevó al C. S. de `B´. Allí le dijeron que no le correspondía y de camino al C. S. de `C´ sufre inconsciencia”.

En el informe del Jefe de Sección de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos del Hospital, fechado el 9 de marzo de 2017, se indica que ingresó en la Unidad por “parada cardíaca reanimada debida a un infarto agudo de miocardio”. Se añade que, “aunque el enfermo presentaba signos de encefalopatía, la evolución posterior fue aceptable”, si bien “en el momento del traslado a planta persiste cierto grado de disfunción neurológica”. Se acompaña copia del informe clínico de alta en el que consta que el paciente “en el trabajo se empezó a encontrar mal. Se fue a su casa y empeoró, por lo que su hija le llevó a un Centro de Salud en `B´. Le dijeron que no le correspondía y le enviaron al de `C´, pero en el camino pierde la consciencia y se activa la llamada al 112, que llega en 5 minutos”.

En la historia clínica constan, entre otros, un informe de cuidados de enfermería de 25 de noviembre de 2016 en el que se le califica de “dependiente leve”, y el informe de alta del Servicio de Neurología de 17 de febrero de 2017 se refleja que ingresa por “infarto agudo de miocardio complicado con parada cardiorrespiratoria” y se describen algunas alteraciones (no recuerda dónde vive, pero sí el nombre de los familiares), precisándose que puede experimentar

“mejoría, sin poder descartar que puedan persistir secuelas, tanto a nivel de memoria como de conducta”.

4. Con fecha 6 de julio de 2017, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado el afecto elabora el correspondiente Informe técnico de Evaluación. En él se observa que el reclamante acudió al Centro de Salud “B” “el día 8 de noviembre de 2016 (...), sábado”, sin manifestar molestia cuando se le remite al de “C”. Se advierte que la unidad móvil acudió “en un periodo de seis o siete minutos, practicándole reanimación cardiovascular, tardando en reaccionar unos 90 minutos y ocasionándosele daños cerebrales pendientes de valoración”.

Subraya que el día de los hechos “era sábado, por lo que los únicos centros de atención continuada que estaban en servicio en el Área Sanitaria III, en el horario en el cual sucedieron los hechos, eran `D´ y `B´, por lo que era previsible que el primer centro al cual se desplazó el damnificado, Centro de Salud `A´, se encontrase cerrado cuando acudió, sobre las 14:30, tras ausentarse del centro de trabajo (...). En concreto, el Centro de Salud `A´ tiene un horario de 8:00 horas a 15:00 horas, de lunes a viernes, por lo que los sábados el mismo se encontrará cerrado, debiendo desplazarse los pacientes al Centro de Salud `D´ para recibir la atención continuada”. Se razona que “no existe deber legal alguno de que todos los centros sanitarios estén permanentemente abiertos, sino que únicamente existe la obligación de que determinados centros (...) presten asistencia sanitaria en los casos de urgencia; deber con el cual ha cumplido el Área III, puesto que tenía, en esa fecha, dos centros destinados para ello”.

Se añade que cuando acude al Centro de Salud “B” le indican, al manifestar que es de “A”, que su centro de referencia es el “C”, “sin mostrar síntomas que denotasen una situación de urgencia”, por lo que la actuación fue correcta. La asistencia sanitaria posterior también se considera acorde a la *lex artis*.

5. Con fecha 9 de agosto de 2017, y a instancia de la entidad aseguradora, libran informe colegiado cuatro especialistas en Medicina Interna. En él se concluye que “todo el personal que atendió al paciente lo hizo con arreglo a la *lex artis ad hoc*”. Se puntualiza que “cuando el paciente acudió al Centro de Salud ‘B’ no requirió asistencia urgente ni presentaba signos de enfermedad grave que precisase atención inmediata”. Se añade que “el tiempo de respuesta de la unidad de SAMU fue excelente” y que “demostró una pericia poco común ante un caso tan difícil como el que nos ocupa, que necesitó varias reanimaciones para conseguir un pulso mantenido eficaz que permitiese su traslado a un centro donde se pudiese realizar el tratamiento definitivo más eficaz, como la colocación de un stent para mantener la arteria abierta”.

Afirman que “la aparición de una parada cardiorrespiratoria en enfermos coronarios puede producirse en cualquier momento, muchas veces como primera manifestación de la enfermedad, sin que pueda ser prevista ni evitada”, por lo que “al no existir signos de alarma ni requerirse atención urgente la derivación al punto de atención continuada fue totalmente correcta (...). La actuación posterior de los sanitarios fue también totalmente correcta”.

Se “llama la atención”, ante la invocada urgencia que demandaba el estado del paciente, sobre el tiempo transcurrido entre que sale de su centro de trabajo (a las 14:30 horas) y es atendido (en torno a las 16:00 horas).

6. Evacuado el trámite de audiencia mediante oficio notificado al interesado el 12 de octubre de 2017, este solicita copia de la documentación obrante en el expediente, y una vez remitida la misma, el día 20 de noviembre de 2017 presenta un escrito de alegaciones. En él reitera que al ser derivado al Centro de Salud “C” “manifestamos que me encontraba mal, con un fuerte dolor en el pecho y que por eso me acompañaba mi hija, ante la posibilidad de que sufriera un desmayo”, y que la auxiliar de administración “insistió que nos fuéramos” al centro que indicaba. Subraya que “se negaron a atenderme, y es testigo mi hija, que me acompaña porque yo no podía conducir”, y que “no

valen las manifestaciones del auxiliar y el ats, quizás con miedo a las consecuencias y bien asesorados en relación a su palabra contra la nuestra”.

Añade que “se dice que el 8 de noviembre era sábado cuando en realidad era martes (...). Por tanto, los centros de salud de Asistencia Primaria estaban abiertos hasta las 20:00 horas”.

Expone, para justificar el tiempo transcurrido hasta que llegó al centro de salud, que al encontrarse mal salió de la empresa en la que trabaja “hasta su coche”, pasó el control de seguridad y llegó “a `A´, estaba el centro cerrado, tuvo que esperar a su hija para que lo acompañara por estar mal”, llegada a `B´ con el tráfico que hay en, con (...) semáforos en el recorrido, y vuelta al Centro de Salud `C´”. Pone de relieve que “llamé a mi hija” porque “me encontraba mal, y por eso iba ella conduciendo el coche cuando me desvanecí, y cuando fui de `A´ a `B´”.

Puntualiza que no tiene queja frente a la actuación de los servicios sanitarios fuera del que se limitó a remitirle a su centro de salud de referencia. Señala que “la parada cardiorrespiratoria no es predecible, cierto. Pero es que por los motivos que fuera a mí (me) avisó, y no está descartado en la literatura médica científica que se manifieste lentamente, como me pasó a mí. Si se me hubiese atendido tempranamente en el Centro de Salud “B” no hubiera tenido las consecuencias neurológicas que se produjeron”.

Propone, como pruebas, la testifical de su hija, “un careo con la (...) auxiliar y el ats del Centro de Salud `B´” y que se solicite informe “al Servicio de Cardiología del Hospital sobre si se pueden manifestar indicios prematuros de aviso de una futura parada cardiorrespiratoria”.

7. Tras el oficio del Instructor del procedimiento acordando admitir la prueba testifical y solicitar el informe y rechazando el careo, se incorpora a las actuaciones el informe recabado al Servicio de Cardiología, del que se da traslado al reclamante. En él se observa que “no suele haber signos ni síntomas”, pero “la parada cardiorrespiratoria de origen cardíaco suele ir precedida de dolor torácico intenso, disnea o palpitaciones”.

Citada la testigo, comparece asistida por letrado y es examinada, el 11 de enero de 2018, a tenor del pliego de preguntas remitido por el reclamante. Señala que "iba caminando a la guardería que está (...) en a buscar al niño cuando encuentro a mi padre en dirección a que venía del Consultorio de `A´, me explicó que se encontraba mal y decidí ir con él". Manifiesta que es cierto que su padre "le dijo a la auxiliar de `B´ que se encontraba mal y le dolía el pecho". Interrogada sobre si "protestaron enérgicamente", afirma que "sí, protesté pero me dijo que no le pertenecía este centro de salud". Contesta negativamente a las preguntas de si la auxiliar "llamó a algún médico o sanitario para ver si era urgente" y si "había alguien que se identificó como ATS". Preguntada sobre "cómo fue el desvanecimiento" de su padre, responde que "rotundo, se encontró mal y se cayó contra el volante". Interrogada por el tiempo que transcurrió "entre la salida del Centro de Salud `B´ y la pérdida de conocimiento de su padre", responde que "como 6 minutos, 10 como máximo". Indica que tras recolocar al enfermo solicitó la ayuda de una persona que iba en otro coche, quien "habló con el 112 y las instrucciones que le dieron fueron las mismas que aquello que yo había hecho".

8. Con fecha 17 de enero de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio por falta de nexo causal.

En cuanto al día de los hechos, señala que fue el 8 de noviembre de 2016, "debiendo admitirse en este punto la alegación del reclamante consistente en que era martes y no sábado". Se aprecia, no obstante, que "acudió inicialmente a un centro de salud que no le correspondía por no ser su centro de referencia, y no ha quedado demostrado que acudiera indicando síntomas que precisasen de una asistencia sanitaria urgente". Se concluye que, "en la medida en que el paciente acudió al centro sin mostrar síntomas que denotasen una situación de urgencia (...), no existe una mala praxis".

Respecto a la contestación de la Gerente del Área Sanitaria dirigida a la hija del reclamante, en la que traslada "nuestro pesar por la incidencia derivada

de una insuficiente coordinación”, se advierte que “es la contestación a una queja (...) y no es por tanto un documento que pueda considerarse probatorio de la culpa de la Administración”.

9. En este estado de tramitación, mediante escrito de 25 de enero de 2018, 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, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

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

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo según 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, de conformidad con 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 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), está el interesado 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 reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), dispone que “El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste 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 25 de enero de 2017, por lo que, deducida frente a un daño producido en el mes de noviembre del año anterior, es claro -sin necesidad de acudir a la estabilización lesional- que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

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

Sin embargo, se repara en que tras el trámite de audiencia se incorpora al expediente el informe solicitado por el reclamante, del que se le da traslado, y se practica la prueba testifical propuesta por él sin que se libere de nuevo el referido trámite. Ahora bien, la pericia no añade elementos novedosos y la testigo solo es examinada a tenor de las preguntas formuladas por aquel, por lo que no se aprecia indefensión.

Asimismo, se advierte 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 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide que este se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21 y 24.3, letra b), de la referida Ley.

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 32 de la LRJSP 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, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley”. 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 34 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Solo 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.- Reclama el interesado el resarcimiento de las lesiones derivadas de una parada cardiorrespiratoria secundaria a un infarto agudo de miocardio; secuelas que atribuye a "la negativa a atenderlo en el Centro de Salud `B´", al que había asistido aquejado de ciertos síntomas.

Queda acreditada la realidad de un daño -las secuelas de la falta de riego sanguíneo durante la parada cardiorrespiratoria en tanto el paciente tardó en ser reanimado-, constando que la isquemia se produce cuando se dirigía al centro de referencia al que fue derivado por el centro de Atención Primaria al que acude, tal como resulta de la documentación clínica incorporada al expediente.

Ahora bien, la mera constatación de un perjuicio 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 la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entrañe *per se* una vulneración de la *lex artis*.

En el supuesto planteado subyace una controversia de orden fáctico, toda vez que el reclamante afirma que a su llegada al centro de salud “insistió en que precisaba asistencia urgente porque se encontraba mal”, con “un fuerte dolor en el pecho”, y que “por eso me acompañaba mi hija”, la cual confirma en la testifical practicada que su padre “le dijo a la auxiliar de ‘B’ que se encontraba mal y le dolía el pecho”, e interrogada sobre si “protestaron

enérgicamente” responde que “sí”, pero que la auxiliar de administración se limitó a remitirles a su centro de referencia. Por su parte, la mencionada auxiliar manifiesta que el paciente “acude diciendo ‘soy de ‘A’, y como mi centro está cerrado vengo aquí’. Yo le informé que se tenía que dirigir al Centro de Salud ‘C’, que es el que le corresponde, y que está abierto hasta las 20 h, a lo que el señor y su acompañante accedieron sin ningún tipo de queja y de buen talante./ En ningún momento se apreció ningún síntoma de gravedad, ni ellos lo reclamaron. En ese momento estaba un enfermero a mi lado (...) que puede dar fe de ello”. Se incorpora al expediente un escrito rubricado por el diplomado universitario aludido en el que se corroboran los hechos sucedidos en su presencia, concluyéndose que “el propio paciente y acompañantes optaron por trasladarse allí sin expresar en ningún momento malestar por la situación ni urgencia en la atención”. Además, concurren otros elementos que han de ser objeto de consideración. Por un lado, se adjunta a la reclamación la contestación a la queja planteada por la hija del perjudicado en la que se reconoce una “incidencia derivada de una insuficiente coordinación entre las unidades de atención urgente”, si bien se desconoce el contenido preciso de la denuncia a la que se responde en esos términos. Por otro, no queda evidencia de la gravedad de la patología en el momento en que el enfermo accede al Centro de Salud “B”, pero no puede presumirse la ausencia de padecimientos en quien acude a un centro de salud sin cita programada y manifestando que el correspondiente a su domicilio se encuentra cerrado.

Apreciado ese acervo probatorio bajo la premisa de valoración conjunta, se concluye que el paciente acudió sin duda aquejado de una dolencia persistente -pues abandonó su trabajo y se dirigió a un centro de Atención Primaria, pese a que el más próximo estaba cerrado- y, aunque no presentara síntomas expresivos de la gravedad de su patología, tampoco se encontraba asintomático, ni su personación allí tenía por finalidad informarse acerca del centro de referencia que le correspondía o solicitar una atención aplazada.

En este contexto, la circunstancia de que el paciente no explicitara la entidad de la dolencia, o no mostrara síntomas que denotasen una situación de

urgencia, no autoriza a que sea despachado por el personal administrativo del servicio de salud al que acude sin intervención de ningún profesional sanitario. Debe repararse en que quien va sin cita a un centro de salud refiere de ordinario, cuando menos, una descripción somera de sus dolencias -la razón misma por la que demanda asistencia-, y si esos síntomas son inespecíficos -eventualmente, trascendentes- no debe omitirse la atención propiamente sanitaria. Del hecho de no revelarse una situación de emergencia puede colegirse que el paciente no hubiera sido dispensado de la espera rutinaria en el centro de salud, pero no que su reenvío a otro centro sin ser valorado por personal médico o sanitario pueda reputarse acorde a la buena praxis, pues es notorio que el enfermo está demandando una atención cuya perentoriedad no debe valorar el profano.

Apreciada la infracción de la *lex artis*, observamos que cuando se reclama por una pérdida de oportunidad terapéutica, como aquí sucede, no solo ha de constatarse que esa omisión -generalmente diagnóstica- entraña una mala praxis médica, sino también la puntual disponibilidad de una técnica de curación que, aplicada en ese mismo momento, pueda conducir, siquiera en términos probabilísticos, a la superación de la dolencia. Al respecto, el interesado solo invoca, con marcada vaguedad, que si se le hubiera "atendido tempranamente (...) no hubiera tenido las consecuencias neurológicas que se produjeron", pero no argumenta ni justifica -ni tampoco lo hace la Administración- en qué medida se hubiera podido alterar el curso de la enfermedad de haber aguardado en el centro de salud; esto es, no se incorpora al expediente un sustrato que permita valorar contradictoriamente la pérdida de oportunidad del paciente por el hecho de haber sufrido la crisis cuando se encontraba fuera del recinto sanitario.

En esa ponderación no puede obviarse que el perjudicado es asistido por una unidad especializada poco después de abandonar el centro de Atención Primaria que le redirige a otro -pues tarda en perder la consciencia "como 6 minutos" desde que sale de allí, según manifiesta la testigo examinada, acudiendo la unidad móvil en otros "seis o siete minutos", tal y como reconoce

el propio reclamante; tiempos estos que reducen el margen probabilístico de una evolución distinta si la dolencia se hubiera evidenciado en el centro de salud. No cabe tampoco orillar que, aunque el paciente hubiera permanecido en la sala de espera, no consta que presentara en un primer momento los signos clínicos típicos, y la parada cardiorrespiratoria no suele ofrecer “signos ni síntomas” que permitan a los servicios de Atención Primaria anticipar sustancialmente su abordaje, debiendo también considerarse que los medios de los que dispone para ello un centro de salud son limitados, por lo que se hubiera recurrido igualmente a la “UVI móvil”. Además, los informes del servicio de soporte vital avanzado ponen de manifiesto una intervención compleja, al necesitar el paciente veinte minutos de reanimación para recuperar inicialmente el pulso, que vuelve a perder y se restituye a los 35 minutos, perdiéndolo nuevamente y recuperándolo a los 45 minutos; de ahí que la pericial aportada por la compañía aseguradora, suscrita por cuatro especialistas en Medicina Interna, repare en que el equipo que le asistió “demostró una pericia poco común ante un caso tan difícil como el que nos ocupa, que necesitó varias reanimaciones para conseguir un pulso mantenido eficaz que permitiese su traslado a un centro donde se pudiese realizar el tratamiento definitivo más eficaz, como la colocación de un stent para mantener la arteria abierta”. No obstante, se ha de reconocer que la asistencia en el centro de salud, aunque se hubiera iniciado con espera, habría posibilitado una situación distinta tanto en lo referente a la tranquilidad que hubiera ofrecido al paciente permanecer en la sala correspondiente como de respuesta profesional inmediata en el supuesto de crisis.

No interfiere en la consideración de la pérdida de oportunidad la errónea apreciación sobre el día de la semana -martes o sábado- en que el enfermo acude al centro de salud. El informe técnico de evaluación lo sitúa confusamente en sábado cuando era martes, pero ello no significa que el ambulatorio que el reclamante manifiesta que se encontró cerrado (el de `A´) debiera estar abierto, pues el Inspector de Prestaciones Sanitarias actuante deja constancia de que “tiene un horario de 8:00 horas a 15:00 horas, de lunes

a viernes”, sin que se pueda deducir de lo actuado que el paciente llegara antes de las 15:00 horas; extremo que ni siquiera afirma y del que no deduce ninguna mala praxis, que imputa únicamente al centro de salud que le remite al correspondiente a su domicilio.

SÉPTIMA.- Resta finalmente nuestro pronunciamiento sobre la indemnización solicitada.

A tal efecto, el interesado cuantifica el daño en 60.000 € a expensas de su “evolución”, y, aunque no desglosa conceptos, se observa que solo reclama el resarcimiento de las secuelas de la parada cardiorrespiratoria, en cuanto que “no hubiera tenido las consecuencias neurológicas que se produjeron” si se le hubiera asistido puntualmente.

Dado el sentido desestimatorio de la propuesta de resolución, la Administración no ha practicado ningún acto de instrucción tendente a la comprobación de los daños alegados, observándose que ello requiere un doble examen pericial: el de cuantificación de las secuelas que a la postre se hayan materializado y el de valoración de la pérdida de oportunidad derivada de haber sufrido el infarto en el tránsito a otro centro de salud y no en las instalaciones del Centro de Atención Primaria “B”.

Resulta en este supuesto imprescindible esa prueba pericial, pues la documentación obrante en las actuaciones no permite la cuantificación del daño. Ni siquiera se objetivan las secuelas, aludiéndose en el informe técnico de evaluación a “daños cerebrales pendientes de valoración” y en el informe de alta del Servicio de Neurología de 17 de febrero de 2017 a una “mejoría, sin poder descartar que puedan persistir secuelas, tanto a nivel de memoria como de conducta”.

Como hemos señalado en dictámenes precedentes, para el cálculo de la indemnización correspondiente a las lesiones parece apropiado acudir al Texto Refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, y modificado por Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de Reforma del

Sistema para la Valoración de los Daños y Perjuicios causados a las Personas en Accidentes de Circulación, que si bien no es de observancia obligatoria, viene siendo generalmente utilizado como referencia, tal como permite el artículo 34.2 de la LRJSP.

En definitiva, la Administración debe practicar, contradictoriamente, los actos de instrucción necesarios para la valoración del daño, tomando en consideración el alcance de las secuelas sufridas y la pérdida de oportunidad terapéutica, expresada como porcentaje de probabilidad de que aquel daño no se hubiera producido si el paciente no hubiera abandonado el Centro de Salud de "B".

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 los términos anteriormente señalados."

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.