

Expediente Núm. 109/2018
Dictamen Núm. 180/2018

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 extraordinaria por procedimiento escrito del día 16 de agosto de 2018, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 26 de abril de 2018 -registrada de entrada el día 3 del mes siguiente-, 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 imputan al retraso en la movilización de los medios apropiados por parte del SAMU.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 28 de julio de 2017, los interesados presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos a causa del fallecimiento de su progenitora, que achacan al retraso en la movilización de los recursos sanitarios adecuados por parte del servicio público de atención médica de urgencia.

Exponen que “el día 22 de febrero de 2015, sobre las 13:20” horas, su madre se encontraba “celebrando el bautismo” de un nieto y que “en plena celebración (...) manifiesta (...) que se siente indispuesta, que siente mucha presión y dolor en el pecho y que le cuesta respirar”.

Señalan que “de forma inmediata, a las 13:20 horas”, la hija de la perjudicada procede a “llamar al Servicio 112 (...) solicitando una ambulancia y asistencia médica para su madre (...). Que desde el citado Servicio se le pregunta (...) la relación de parentesco, así como (...) los datos y el estado de la persona para la que se reclama asistencia. Que (...) procede a demandar repetidas veces que se precisa de una ambulancia o UVI móvil porque su madre parece no respirar, a lo que la teleoperadora del 112 dice que en esos instantes no hay ambulancias libres que puedan cubrir dicha urgencia remitiendo la llamada a otro operador, que a juicio de la denunciante pudiera ser un servicio médico, el cual volvió a duplicar las preguntas hechas con la consabida pérdida de tiempo. Que en ese momento (la enferma) pierde la consciencia dejando de respirar. Que los asistentes tumbaron en el suelo a la afectada procediendo uno de ellos (...), miembro emérito del Cuerpo Nacional de Policía (...), a realizar masaje cardíaco./ Que se volvió a realizar varias llamadas más al Servicio 112 en demanda de una ambulancia (...), siendo la respuesta a dichas llamadas en el sentido de tener que esperar a que pudiera llegar algún transporte sanitario./ Que a las 13:37 horas, 14 minutos después de que se recibiera el aviso a través del 112, el (...) SAMU procede a la activación del servicio, personándose en la parroquia un soporte vital básico carente de facultativo médico. Haciéndolo a la vez una médica (...) que fue llamada por (el) SAMU desde el Centro de, centro que se encuentra en un radio alejado de la iglesia, habiendo centros de salud más cercanos; a ello hay que añadir el hecho de que el propio SAMU interpela a la médica para que se desplace ‘por sus propios medios’ por carecer de medio de transporte (...). Que una vez dicha médica acude a la parroquia, percatándose de la gravedad y debido a la insuficiencia de medios de dicha unidad (...), requiere a los asistentes (...) para que se llame a una UVI móvil o soporte vital avanzado, siendo el propio párroco (...) quien da el aviso a

las 13:43 horas, que por lo tanto existen 14 minutos desde que (el) SAMU recibe el aviso de urgencia hasta que se lo comunica al soporte vital básico sin que se justifique el porqué de dicho transcurso de tiempo. Así mismo se procede a activar un recurso insuficiente para atender la urgencia, cuestión incontrovertida, pues posteriormente fue necesario activar una UVI móvil con la consabida pérdida de tiempo (...). Que sobre las 13:48 llega a la iglesia una UVI móvil cuyos ocupantes son los que atienden a la (enferma) y estabilizan su estado de salud, procediéndose a su traslado al Hospital a las 14:08 horas. Que el propio Servicio de Salud establece como hora de finalización de la asistencia las 14:21 horas, es decir casi una hora después de haber dado aviso por una de las hijas de la afectada al Servicio 112”.

Según refieren, “debido al prolongado paso de tiempo desde el episodio cardíaco hasta que fue atendida (más de 30 minutos) (...) sufrió lesiones consistentes en daños cerebrales severos, causándole (...) un estado de coma profundo con pronóstico muy grave (...). Que en la madrugada del 28 de marzo de 2015 se produjo el fallecimiento (...). En los informes médicos se fija una parada cardiorrespiratoria prolongada (30 minutos), el informe emitido por el médico forense habla de `encefalopatía anóxica severa que evolucionó hacia el exitus´. Que hay que resaltar conforme a este informe que hubo recuperación a nivel cardiológico, por lo que la patología causante directa del fallecimiento fue la encefalopatía anóxica derivada de la prolongada espera y tardanza de la asistencia médica”.

Afirman que “la amplia demora en atender la urgencia y en llegar las asistencias es debido a una mala gestión y la deficiencia de medios aplicados a este específico caso de urgencia médica”, y que dicho “funcionamiento anormal de la Administración se fundamenta en 2 puntos (...): demora injustificada en la activación del servicio de urgencia” y “despliegue en primera instancia de recursos insuficientes no proporcionales a la urgencia: Que si desde un principio era necesario que dicha urgencia fuera atendida por una UVI móvil no se entiende que se mande atender dicha emergencia a una ambulancia convencional que tarda más de 23 minutos en llegar y que no tengan ninguna

actuación, salvo la de requerir a los asistentes en la iglesia a que soliciten telefónicamente una UVI móvil. Por lo tanto, se incurrió en un error consistente en una pérdida de oportunidad por quienes debieran gestionar la emergencia, los cuales deberían haber enviado desde un primer momento que se fija con la llamada de la denunciante al 112 una UVI móvil que pudiera dar una respuesta terapéutica correcta y temprana que le hubiera evitado (...) sufrir las lesiones referidas de daño cerebral severo y el consecuente fallecimiento”.

Indican que “no hay constancia de los protocolos de urgencia vigentes que se aplican en caso de premura o lapso temporal, lo que parece una maniobra de ocultación de la evidente responsabilidad del SAMU (...). Si a las 13:23 horas la respuesta inmediata del SAMU hubiera sido mandar al lugar de los hechos un soporte vital avanzado, que es la que estabiliza a la paciente, y no 24 minutos después no se hablaría de anoxia cerebral y (...) estabilizado el infarto la paciente habría tenido una evolución positiva”.

Tras poner de relieve que “el propio médico regulador del SAMU (...) manifiesta en declaración en sede judicial `que existió una cierta descoordinación´ del SAMU, habida cuenta de que en este supuesto caso la emergencia activada por la denunciante fue atendida por dos médicos diferentes en la sala del SAMU”, califican “la conducta de la Administración como totalmente anormal”.

Evalúan el daño moral derivado del fallecimiento por el que reclaman en ochenta y cuatro mil trescientos cincuenta y nueve euros con trece céntimos (84.359,13 €), cuantía que calculan aplicando el “baremo de valoración de daños para el 2015 (fecha del fallecimiento), establecido en (la) Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor”.

Indican que el “27 de marzo de 2015 los hechos fueron denunciados ante el Juzgado de Guardia” incoándose diligencias previas, y que el procedimiento judicial fue archivado “de forma firme y definitiva por Auto de la Audiencia Provincial de Asturias de (...) 13 de septiembre de 2016./ Que (...) estando pendiente y abierta la causa penal no era posible interponer la presente reclamación patrimonial hasta que (...) fuera archivada en firme”.

Adjuntan copia, entre otros, de los siguientes documentos: a) Diversos informes médicos. b) Escritos de denuncia y ampliación de denuncia dirigidos al Juzgado. c) Informe médico forense. d) Informe librado por el Jefe del Área del 112 con fecha 8 de abril de 2015. e) Declaraciones en sede judicial de la doctora que prestó a la perjudicada la primera asistencia, del técnico conductor de la unidad de soporte vital básico y del conductor y el técnico del vehículo de soporte vital avanzado desplazado al lugar de los hechos. f) Testimonio de la sentencia de divorcio de la fallecida. g) Libro de Familia.

Finalmente, autorizan al letrado que identifican “para la presentación de esta reclamación (...), debiendo entenderse con dicho despacho profesional los ulteriores trámites”.

2. Mediante oficio de 9 de agosto de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas notifica a los interesados 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.

Asimismo, les requiere para que acrediten la representación que ostenta el letrado que desean actúe en su nombre “por cualquier medio válido en derecho”.

3. Con fecha 10 de agosto de 2017, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita a la Unidad de Coordinación del Programa Marco de Atención a Urgencias y Emergencias Sanitarias del Servicio de Salud del Principado de Asturias un informe del servicio interviniente (CCU-SAMU) sobre el concreto contenido de la reclamación presentada.

4. El día 14 de agosto de 2017, el Coordinador Médico-SAMU Asturias remite al Servicio instructor una copia de los siguientes documentos: a) Informe realizado por el Jefe de la Unidad en julio de 2015 a instancias del Juzgado de Instrucción N.º 5 de Gijón. b) Informe de los registros de las llamadas en la

Central de Coordinación de Urgencias del SAMU (112 Asturias), asimismo solicitado por dicho Juzgado. c) Informe de UME-10 (ambulancia medicalizada que traslada a la paciente). d) Informe de la ambulancia de urgencias Beta-50 (ambulancia de soporte vital básico, primera en llegar al lugar de la atención).

En el informe del Jefe de la Unidad SAMU Asturias, fechado el 16 de julio de 2015, se describen los medios de transporte urgente de que dispone el Área Sanitaria V y se precisa que en el caso de que se trata "los recursos (Beta 50) están en el lugar a los 17 minutos de la entrada de la llamada en el CCU (...). Nuestros protocolos (...) respecto a los tiempos de actuación no pueden hacer referencia a tiempos numéricos y genéricamente sí a "el menor tiempo posible", dado que nuestras variables temporales están siempre dependientes del lugar de actuación y por tanto las distancias mayores o menores entre la localización de los recursos y el lugar de actuación, así como de la disponibilidad de los medios técnicos./ Además, dado que los recursos no son ilimitados, se dan circunstancias en las que todos los recursos disponibles están ocupados. Es el Centro Coordinador de Urgencias el que en esos pocos incidentes debe actuar de forma eficiente para priorizar la atención./ En los casos de PCR los tiempos de atención son importantes y muy cortos para ser eficientes, y teniendo en cuenta lo anterior los países avanzados intentan formar a la población general para poder actuar hasta la llegada de los servicios de emergencias, igual que se hace aquí en Asturias, dado que llegar a poder actuar ante una PCR en menos de tres minutos es prácticamente imposible./ Por todo lo anterior y revisado (...) el incidente, así como los tiempos de actuación, se actuó de la forma más eficiente posible, y prueba de ello es que se consiguió recuperar a la paciente, aunque desgraciadamente falleciera tiempo después./ En el Principado de Asturias, y con resultados superponibles a lo que ocurre en otros países de nuestro entorno, solamente el 42,5 % de los pacientes que sufren PCR logran llegar con circulación espontánea al hospital, y de ellos solo el 10,8 % consigue salir con vida del hospital y al cabo de un año el 7,5 % presenta una puntuación de rendimiento cerebral (CPC) de 1, lo que significa vida normal".

En el informe del Coordinador CCU SAMU Asturias, fechado el 28 de diciembre de 2016, se explica que "a las 13:21 horas se recibió en el Centro Coordinador de Urgencias (...) del SAMU Asturias una solicitud de asistencia para (la paciente) indicando que presentaba mareo, opresión torácica y tal vez nerviosismo, encontrándose caída en el suelo. En esta conversación el personal teleoperador del SAMU recogió la filiación de la paciente, la localización del incidente y los síntomas relevantes, transfiriendo posteriormente la comunicación del alertante con el médico regulador. Este realizó la anamnesis al alertante, dio indicaciones posturales para la paciente, indicó que las ambulancias de la zona estaban ocupadas y que se enviaría al médico de Atención Primaria del c. de salud adecuado para que asistiera a la paciente, así mismo solicitó que en caso de pérdida de conciencia o aumento del dolor de la paciente volvieran a llamar al SAMU./ Esta conversación tiene una duración de 2 minutos y 54 segundos (...). A las 13:24 horas el personal teleoperador del SAMU informó al personal del Centro de Salud, de la necesidad asistencial surgida en la Parroquia En esta conversación se comunica al personal administrativo del c. de salud la filiación y localización de la paciente, y al médico de A. P. los síntomas relevantes de la misma./ Esta conversación tiene una duración de 2 minutos y 23 segundos (...). A las 13:31 horas se recibe en el Centro Coordinador de Urgencias (...) del SAMU Asturias una nueva solicitud de asistencia (...) indicando que presenta dificultad para respirar y alteración de la conciencia. El médico regulador mientras interroga al alertante y confirma que la paciente se encuentra inconsciente es informado de que esta no respira y de que acompañantes cercanos están realizando maniobras de reanimación cardiopulmonar (...), por lo que el médico regulador pasa a dar instrucciones al/los alertantes (en esta conversación intervienen hasta tres alertantes diferentes) sobre el ritmo y la frecuencia de actuación correctos para realizar una eficaz reanimación cardiopulmonar./ Esta conversación tiene una duración de 3 minutos y 55 segundos (...). A las 13:32 horas se recibe en el Centro Coordinador de Urgencias (...) del SAMU Asturias una nueva solicitud de asistencia (...) indicando que esta presenta dificultad respiratoria y pupilas

dilatadas, por lo que sospechan que está sufriendo un infarto de miocardio. El personal teleoperador del SAMU informa al alertante de que ya se está enviando la ayuda sanitaria y que el médico regulador está al habla con otro alertante./ Esta conversación tiene una duración de 1 minuto y 18 segundos (...). A las 13:34 horas el personal teleoperador del SAMU, por indicación del médico regulador, informa al personal técnico de la ambulancia de soporte vital básico con el indicativo n.º 50 (...), que debe abandonar el servicio al que se dirigía en la calle(...) para acudir a la Parroquia(...). Esta conversación tiene una duración de 31 segundos./ A la misma hora otro teleoperador del SAMU comunica al C. de Salud (...) la nueva situación de la paciente (...) para que lo ponga en conocimiento del médico de Atención Primaria. El personal administrativo del c. de salud informa de que el personal sanitario ya salió hacia el lugar de la asistencia./ Esta nueva conversación tiene una duración de 20 segundos (...). A las 13:35 horas se recibe en el Centro Coordinador de Urgencias (...) del SAMU Asturias una nueva solicitud de ambulancia (...). Se indica al alertante que la ambulancia y el médico de Atención Primaria ya están yendo hacia el lugar, y que el médico regulador está hablando con otro alertante. Esta conversación tiene una duración de 38 segundos (...). A las 13:36 horas el personal teleoperador del SAMU confirma la dirección de la asistencia (...) al personal técnico de la ASVB 50. Este informa al CCU del SAMU de su llegada al lugar de la asistencia a las 13:40 horas (...). Durante el periodo de tiempo a que se refiere el requerimiento de ese Juzgado de Instrucción N.º 5 el personal del CCU realizó la gestión de veinticinco incidentes y el seguimiento de los recursos asignados a los mismos, lo que incluye los estados de `activación, movilización, asistencia, transporte, transferencia y finalización´ de las ASVB y ASVA disponibles para la asistencia; de aquellos incidentes, doce ya se encontraban en curso y trece surgieron durante ese lapso de tiempo”.

5. Con fecha 27 de octubre de 2017, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto suscribe un informe técnico de evaluación. En él señala que

“los reclamantes basan su solicitud (...) en la tardanza del personal sanitario en acudir al lugar de los hechos y la inadecuación de la ambulancia de soporte vital básico para atender correctamente a la paciente. En cuanto a la disponibilidad de los medios adecuados, hay que destacar lo expresado por el Jefe de la Unidad SAMU de Asturias al describir el despliegue de ambulancias en Gijón en el momento en que ocurrieron los hechos (2 UVI's móviles y 3 ambulancias de soporte vital básico) y que en esos momentos, según señala el Coordinador del CCU-SAMU se estaban gestionando un total de `veinticinco incidentes y el seguimiento de los recursos asignados a los mismos, lo que incluye los estados de activación, movilización, asistencia, transporte, transferencia y finalización de las ASBV y ASVA disponibles para la asistencia´. Con todo, se ordenó en un primer momento que una ambulancia interrumpiera el servicio que tenía asignado para dirigirse al lugar de los hechos y, dado que los recursos no son ilimitados, se actuó conforme a la disponibilidad de los medios técnicos de que se disponía en ese momento, llegando la ambulancia a los 17 minutos de efectuarse la primera llamada./ Es prácticamente imposible que toda persona que sufra una parada cardiorrespiratoria (PCR) reciba asistencia por parte del personal sanitario antes de que comiencen a producirse daños neurológicos irreversibles (5 minutos), por lo que es muy importante que la población general sea formada para prestar ayuda en estos casos (maniobras de actuación ante una PCR, colocación de desfibriladores en lugares públicos, etc.). En un estudio sobre mortalidad tras una PCR publicado en 2013 en la Revista Española de Cardiología se establecen las siguientes conclusiones: `La solución (reducción del tiempo de respuesta ante una PCR) no pasa por aumentar el número de ambulancias, sino por implicar y sensibilizar a la población. Es preciso aumentar los conocimientos de la población sobre cómo identificar precozmente y cuál es la mejor manera de actuar ante una parada cardiorrespiratoria´. Y añade que `esta misma medida también podría ser adoptada por otros servicios de emergencia que no necesariamente tienen que ser del ámbito sanitario. La formación en reanimación y dotación de desfibriladores automáticos a cuerpos como las fuerzas de seguridad o los

bomberos podría reducir el tiempo hasta la aplicación de un desfibrilador, especialmente en aquellos lugares en los que el recurso sanitario más cercano se encuentra ubicado demasiado lejos como para llegar a una parada cardíaca en menos de 8 minutos' (...). A este respecto, hay que señalar que un policía nacional inició maniobras precoces de RCP (se notifica esta situación al CCU 10 minutos después de la primera llamada). También por parte del CCU se dan instrucciones para el adecuado manejo de la paciente./ Las maniobras de RCP realizadas por el personal de la UVI móvil que acudió al lugar de los hechos fueron eficaces, ya que la paciente fue recuperada y se utilizaron todos los recursos de la manera más eficiente posible”.

Por ello, considera que “el fallecimiento de la paciente se produjo no por la actuación del servicio público sanitario, sino por la gravedad del cuadro que presentó (PCR), que tiene una supervivencia de un 20 % en el primer mes e inferior al 10 % al cabo de un año independientemente de la situación neurológica del paciente”, y que “la reclamación debe ser desestimada”.

6. El día 29 de enero de 2018, una especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Máster en Medicina de Emergencias, suscribe un informe a instancias de la compañía aseguradora de la Administración. En él concluye que la paciente “sufrió una parada cardiorrespiratoria, motivo por el que falleció, debido a un infarto agudo de miocardio. Las posibilidades de sobrevivir en este tipo de eventos disminuyen entre un 7 y un 10 % por cada minuto que pasa (...). Debido a que los recursos en los sistemas de emergencias son limitados, se debe asumir la probabilidad de que ocurra una emergencia y no pueda ser cubierta inmediatamente por el recurso ideal, sino que se tenga que buscar una alternativa (cualitativa y cuantitativamente similar), como fue en este caso, en el que debido a que estaban todos los recursos ocupados se procedió a activar a una ambulancia (...), por un lado, y a un equipo sanitario (médico y enfermera), por otro, coincidiendo en el lugar de los hechos en 2 minutos (...). La primera asistencia fue por un testigo que procedió a dar masaje. Esto está dentro de las recomendaciones de los protocolos internacionales, igual que está

el hecho de que mientras acuda un recurso avanzado sea el médico o el operador el que transmita instrucciones para llevar a cabo una RCP efectiva (...). La primera asistencia por personal sanitario (13:40) no facultativo fue cuando llegó la ambulancia de SVB, cuya actuación incluyó poner un desfibrilador; es decir, 19 minutos después de la primera llamada y después de haberles sido desviados de otro aviso al que iban a ir (cambio de prioridad) (...). En ese mismo momento se procedió a la primera asistencia facultativa (médico y enfermero del centro de salud) (...). Cuando llegó la UVI móvil (13:48 se procedió a RCP avanzada. El hecho de que las reanimaciones anteriores fueran efectivas se traduce en que a los 36 minutos de la supuesta parada (27 minutos desde la llamada + 9 minutos de reanimación) bastaron 3 adrenalinas para poder resucitar a la paciente y comprobar que tenía un infarto de miocardio (...). Una vez confirmado el infarto se activó el código corazón y se le trasladó directamente al Servicio de Hemodinámica (...). Los recursos (de los servicios de emergencia son limitados y las emergencias son eventos imprevisibles que se pueden dar muy espaciados en el tiempo o, por el contrario, solapados. Esto implica la fatalidad de que, aunque por norma general todas las asistencias son cubiertas en el tiempo ideal requerido, siempre hay alguna que no ha podido ser atendida tan rápido como quisiéramos porque las ambulancias y los sanitarios están en ese momento atendiendo a otras personas que también lo necesitan”.

7. Con fecha 28 de febrero de 2018, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios dispone la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, advirtiendo a los reclamantes que “el representante no puede acceder al trámite de audiencia y vista del expediente sin antes acreditar la representación que dice ostentar”.

8. El día 7 de marzo de 2018, una de las perjudicadas se persona en las dependencias administrativas y obtiene una copia de los documentos obrantes en el expediente, según se hace constar en la diligencia extendida al efecto.

9. Con fecha 20 de marzo de 2018, una de las interesadas presenta en una oficina de registro virtual (ORVE) un escrito de alegaciones suscrito por todos los perjudicados en el que se ratifican en su pretensión inicial y señalan que “el instructor del expediente yerra a la hora de determinar la causa del fallecimiento, que no es la gravedad de la PCR sino el deterioro neuronal debido a una `reanimación prolongada´ (folio 28), la cual trae su causa directa y exclusiva en el funcionamiento de los servicios sanitarios”, que “en su momento desplegaron unos medios inadecuados y prolongados en el tiempo”.

10. El día 18 de abril de 2018, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios propone “desestimar la reclamación”, habida cuenta de que “la asistencia prestada a la paciente fue acorde a la *lex artis*” al haberse empleado “los medios técnicos de los que se disponía en ese momento”.

11. En este estado de tramitación, mediante escrito de 26 de abril 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 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 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), están los perjudicados 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 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 28 de julio de 2017, y aunque el hecho del que trae origen -el fallecimiento de la madre de los interesados- se produjo el día 28 de marzo de 2015, existe constancia en el expediente de que se instruyó un proceso penal sobre los mismos hechos, susceptibles de ser fijados en el mismo con trascendencia para la concreción de la responsabilidad patrimonial a tenor de lo señalado en el artículo 37.2 de la LRJSP. Por ello, el día inicial del cómputo del plazo ha de situarse en la fecha de notificación de la resolución judicial que puso término al citado procedimiento. Según afirman los reclamantes, el proceso penal concluyó mediante Auto de la Audiencia Provincial de Asturias de 13 de septiembre de 2016, si bien dicha resolución judicial no figura incorporada a aquel. En tales circunstancias, este Consejo no puede efectuar un pronunciamiento terminante sobre si la acción ha sido o no

tempestivamente ejercitada; ahora bien, puesto que la Administración no ha cuestionado que la reclamación haya sido presentada dentro de plazo y teniendo en cuenta que aun cuando fuese extemporánea el sentido final de nuestro dictamen no variaría, procede que, en aplicación de los principios de economía procesal y eficacia, continuemos con el análisis de la pretensión.

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, en cuanto al plazo para adoptar y notificar la resolución expresa, debemos señalar que en la fecha de entrada del expediente en este Consejo ya se había rebasado el de seis meses establecido en el artículo 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21.1 y 24.3, letra b), de la LPAC.

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 dicha Ley 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.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que los reclamantes solicitan una indemnización por el fallecimiento de su madre que imputan a un funcionamiento anormal del servicio público de atención sanitaria de urgencias por "mala gestión" de los recursos adscritos al mismo.

Acreditada la realidad del óbito y la relación materno-filial que ligaba a la enferma con los interesados, hemos de presumir la efectividad del daño moral reclamado.

Ahora bien, la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio público sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que los perjudicados no tuvieran el deber jurídico de soportar.

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 los reclamantes es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del

enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

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

Afirman los interesados que la muerte de su progenitora se produjo debido a la deficiente gestión de medios llevada a cabo por el SAMU una vez que es alertado de la urgencia. Más concretamente, sostienen que el tiempo que tardaron en llegar los recursos asistenciales al lugar de la emergencia fue excesivo, que dicha demora estuvo "injustificada", que se enviaron en primera instancia recursos "insuficientes" y "no proporcionales a la urgencia" al trasladar allí una unidad de soporte vital básico en vez de una de soporte vital avanzado y que se cometieron además otros errores, como el de no haber solicitado la presencia de un médico perteneciente a un centro sanitario más próximo que, por si fuera poco, tuvo que desplazarse por sus propios medios. A juicio de los perjudicados, tales decisiones fueron determinantes en el luctuoso desenlace.

Para acreditar sus imputaciones aportan las declaraciones prestadas en sede judicial por los intervinientes en la asistencia que se reputa inadecuada, el informe médico forense elaborado en el mismo contexto procesal y diversos informes clínicos. Ahora bien, en ningún momento se desprende de los citados documentos que la actuación administrativa haya vulnerado el estándar de funcionamiento normal del servicio, y en tales circunstancias no es posible concluir que dicho proceder pueda generar la responsabilidad patrimonial de la Administración reclamada; máxime teniendo en cuenta que los informes librados en el curso de la instrucción del procedimiento, junto con el resto de documentos obrantes en el expediente, no permiten llegar a la misma conclusión. Así, según resulta del informe del Jefe de la Unidad de SAMU Asturias de 16 de julio de 2015, el servicio público de atención médica urgente no está obligado a prestar una asistencia inmediata y con los mejores medios

posibles en todo momento, sino que debe necesariamente conformarse con la atención de los enfermos en “el menor tiempo posible” y con los recursos que en cada caso se encuentren disponibles, pues estos “no son ilimitados” y pueden darse situaciones en las que todos ellos estén ocupados. Esto es precisamente lo que sucedió en el caso de que se trata, ya que, como señala el Coordinador del CCU SAMU Asturias en el informe librado el 28 de diciembre de 2016, mientras se producía la urgencia a la que se refiere la reclamación desde el Centro de Coordinación de Emergencias se estaban gestionando veinticinco incidentes, y todas las unidades móviles disponibles para la atención a la paciente y/o su traslado a un centro sanitario estaban ocupadas en la asistencia a otros enfermos que también demandaban atención. Con todo, cuando el estado de la paciente empeora al producirse la parada cardiorrespiratoria (entre las 13:32 y las 13:34 horas, según se desprende del informe del Coordinador CCU SAMU Asturias antes citado) se da orden a una ambulancia de que abandone la atención de otra urgencia a la que se dirigía y acuda al lugar, al que llega a las 13:40 horas, a la vez que el personal desplazado del centro de salud, según declaración en sede judicial de la facultativa que proporcionó la primera asistencia. Por tanto, la primera atención sanitaria *in situ* se presta entre 6 y 8 minutos después de producirse la parada, aunque previamente el médico regulador había dado instrucciones telefónicas a los acompañantes de la paciente, que habían iniciado maniobras de reanimación cardiopulmonar, sobre el ritmo y la frecuencia de actuación correctos para que la misma fuera efectiva.

El fallecimiento de la madre de los perjudicados no puede imputarse, por tanto, a una mala gestión del servicio público de emergencias sanitarias, que puso a disposición de la paciente los recursos con que contaba para atender la urgencia, sino a la gravedad del infarto que aquella sufrió y que le produjo una parada cardiorrespiratoria; evento este que es gravísimo, generador de secuelas muy importantes y de altas tasas de mortalidad, hasta el punto de que, según se recoge en el informe del Jefe de la Unidad SAMU Asturias antes mencionado, de todos los afectados solo el 10,8 % de los pacientes consigue

salir con vida del hospital, y de estos únicamente el 7,5 % tiene un rendimiento cerebral al cabo de un año que le permite llevar una vida normal.

En definitiva, no ha resultado probado en el caso de que se trata que el fallecimiento por el que se reclama pueda imputarse a un funcionamiento anormal del servicio de atención médica urgente. Por ello, la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada debe 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.