

Dictamen Núm. 52/2021

**V O C A L E S :**

*Sesma Sánchez, Begoña,*  
Presidenta  
*González Cachero, María Isabel*  
*Iglesias Fernández, Jesús Enrique*  
*Menéndez Sebastián, Eva María*  
*García García, Dorinda*

Secretario General:  
*Iriondo Colubi, Agustín*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 8 de abril de 2021, por medios electrónicos, con asistencia de las señoras y el señor que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 18 enero 2021 -registrada de entrada el día 21 de ese mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños derivados de la muerte de su marido al sufrir una parada cardiorrespiratoria.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** El día 5 de marzo de 2020, la interesada presenta en el Registro Electrónico una reclamación de responsabilidad patrimonial -dirigida al Servicio de Salud del Principado de Asturias- por los daños que atribuye a la defectuosa asistencia dispensada por una facultativa de guardia y dos técnicos de ambulancia.

Expone que, sobre las 13:20 horas del día 1 de diciembre de 2019, “ante la preocupación por el estado de salud” de su marido, su hija se puso en contacto telefónico con el Centro de Salud ....., de Gijón, y que transmitió a la facultativa de guardia que veía a su padre “muy ahogado” y en peor situación

que cuando había acudido al centro de salud días antes, respondiendo la facultativa que dada la enfermedad que padecía su progenitor “le enviaba una ambulancia al domicilio para que lo trasladasen a ..... porque seguro que necesitaría poner oxígeno”.

Señala que “a los pocos minutos llegó la ambulancia tan solo con dos técnicos”, precisando que “no hablaron por teléfono con personal sanitario, ni pusieron oxígeno al paciente”. Reseña que al subir a la ambulancia su hija “le puso la mano debajo de la nariz y notó que no expulsaba aire”, puntualizando que “había sufrido una parada cardiorrespiratoria”. Los técnicos de la ambulancia llamaron entonces a una UVI móvil que llegó “unos 20 minutos después (...), cuyo personal sanitario (ahora sí) bajó portando unos maletines” y “tiempo después” sacaron al paciente de la ambulancia “intubado, con respiración asistida (...). Habían conseguido reanimarlo pero dado el tiempo en parada (...), de unos 20 minutos, la situación era muy grave”, por lo que falleció el 4 de diciembre de 2019 en el hospital “sin haber llegado a despertar del coma, sin experimentar ninguna mejoría de las secuelas que la parada cardiorrespiratoria le ocasionó”.

Imputa una actuación “negligente e imprudente” a la facultativa del centro de salud por limitarse a enviar “una ambulancia de traslado sin personal sanitario (...), unido a la mala praxis del personal técnico de la ambulancia, quien no siguió el protocolo de actuación previsto para el traslado de enfermos de EPOC”, pues cuando acudieron al domicilio tumbaron al paciente “boca arriba en la camilla en posición horizontal (decúbito supino), momento en el que sufre la parada cardiorrespiratoria”.

Solicita una indemnización de doce mil euros (12.000 €).

**2.** Con fecha 5 de junio 2020, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas notifica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

En el mismo oficio se requiere a la interesada para que acredite su parentesco con el fallecido, a cuyo fin aporta copia del Libro de Familia.

**3.** A solicitud del Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto, se incorporan al expediente las historias clínicas del paciente obrantes en su centro de salud y en el Hospital ....., junto a los informes de los servicios a los que se imputa el daño y el librado por el Servicio de Urgencias del referido centro hospitalario.

El informe de la facultativa del Centro de Salud ....., fechado el 1 de julio de 2020, reseña que el día 1 de diciembre de 2019 “se pusieron en contacto vía telefónica desde el domicilio del paciente con el centro de salud (...), comentando que (este) presentaba un empeoramiento de tiempo de evolución de su disnea habitual en el contexto de un cuadro catarral, paciente al que había atendido el 26 de octubre (como refleja su historia) en su domicilio por una reagudización de su EPOC; esta vez por la información que me facilitaron, comentado con su familia y de acuerdo con ellos, se decidió como mejor opción traslado en ambulancia al hospital”.

El informe de la Directora de Recursos Humanos de la empresa encargada del servicio de ambulancias, de 30 de junio de 2020, subraya que “el único órgano competente para la movilización de una ambulancia de urgencia es el SAMU 112 a través de su Centro Coordinador, quien a partir de la información disponible y las circunstancias concretas determina el recurso a movilizar. Para el caso concreto que nos ocupa, parece ser que fue la propia médica del centro de salud (...) quien tras hablar telefónicamente con la familia se puso en contacto con el 112 Asturias para enviar la ambulancia que (...) atendió al paciente (...) (ambulancia clase B) (...). Consiguientemente y conforme al vehículo movilizado, la dotación de las ambulancias tanto material como humana difiere considerablemente (...), la (de) soporte vital avanzado cuenta con médico y enfermería mientras que la básica no”. Respecto a la actuación de los técnicos de la ambulancia, estima que “realizaron maniobras de reanimación cardiopulmonar (...) mientras se ponían en contacto con el 112 Asturias para solicitar el envío al lugar de la UVI móvil. La actuación de este personal solo puede reputarse (...) de diligente (...). A la llegada al domicilio -tégase en cuenta que (el) aviso hace constar `paciente con disnea´- el paciente está consciente (si bien nervioso y agitado), por lo que con buen criterio se decide su traslado de manera rápida en silla, dado que esa postura

favorece la respiración (...). En el ascensor (...) experimenta un súbito empeoramiento llegando a perder la consciencia en el portal del edificio. Rápidamente se pasa (...) a la camilla en el propio portal y se sube rápidamente a la ambulancia para conectarle el oxígeno, comenzando con las maniobras de reanimación cardiopulmonar” que le mantuvieron “con vida hasta la llegada de la UVI móvil”.

El informe remitido por el Servicio de Urgencias del Hospital ..... refleja que el paciente fue trasladado en UVI móvil “tras parada cardiorrespiratoria reanimada por los técnicos de la ambulancia y posteriormente por la UVI-móvil”.

**4.** Evacuado el trámite de audiencia, la interesada presenta el 4 de noviembre de 2020 un escrito de alegaciones en el que advierte que no se trataba de un empeoramiento del cuadro del que el paciente había sido tratado el 26 de octubre, sino que se llamó por “disnea intensa y desorientación”, tal como consta en la historia. Considera que la facultativa intenta eludir su responsabilidad por no acudir al domicilio cuando afirma que las decisiones se tomaron “de acuerdo con ellos”, ya que “en ningún momento la doctora cuando sugiere a la familia el envío de una ambulancia les dice que ella no va a ir a verlo con la ambulancia u otro médico en su lugar”.

Sostiene que “si se hubiera evaluado al paciente en su domicilio no se hubiera producido la parada que finalmente acabó con su vida”, pues “precisamente fue la actuación de los técnicos lo que le ocasionó la parada cardiorrespiratoria” ya que “no subieron el oxígeno” cuando acudieron al domicilio. Insiste en que tras bajar el enfermo en silla porque “no se podía poner en pie por sí mismo (...), estaba nervioso y ahogándose”, ya en el portal “en lugar de trasladar hasta la ambulancia al paciente semisentado (...) o de lado, como marcan los protocolos sanitarios, se le tumbó en decúbito supino, con lo que en lugar de favorecer su respiración se ocasionó una parada cardiorrespiratoria, pues el paciente además de no poder respirar tuvo que soportar su propio peso (90 kilos) y le atan con unas correas sin incorporar el respaldo de la camilla”.

5. Con fecha 18 de noviembre de 2020, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella razona que “carecen de todo fundamento científico las afirmaciones de la reclamante tales como que una `evaluación del paciente´ en su domicilio hubiese evitado la parada cardiorrespiratoria, o que no se debió colocar al paciente `en decúbito supino´, ya que es esta (la) posición en la que se realizan las maniobras de RCP. Dada la sintomatología referida por el paciente y su familia (EPOC con disnea agravada por un cuadro catarral), la decisión de enviar una ambulancia de tipo B, que posee soporte ventilatorio y técnicos y material necesario para realizar maniobras de RCP básica, fue correcta y adecuada; de hecho, el paciente estaba vivo cuando llegó la UVI móvil”.

6. En este estado de tramitación, mediante escrito de 18 de enero de 2021, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm. ....., de la Consejería de Salud, cuya copia adverada adjunta 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), está la interesada activamente legitimada 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. Asimismo, en la medida en que uno de los reproches se dirige a la actuación de los profesionales del servicio de transporte sanitario en ambulancia, está interesada la empresa adjudicataria del referido servicio en cuanto responsable de los daños causados en su ejecución, por los que podría repetir en su caso la Administración que los sufrague.

**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 5 de marzo de 2020, y los hechos de los que trae causa -el fallecimiento del paciente- tuvieron lugar el 4 de diciembre de 2019, por lo que es claro que se acciona 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, en relación con el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa establecido en el artículo 91.3 de la LPAC, cabe destacar que, si bien la reclamación que nos ocupa se presenta el día 5 de marzo de 2020, a partir del 14 de marzo opera la suspensión de dicho plazo en virtud de lo previsto en la disposición adicional tercera del Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el Estado de Alarma para la Gestión de la Situación de Crisis Sanitaria ocasionada por el COVID-19, y sus prórrogas. No obstante, dado que el cómputo del plazo se reanuda el 1 de junio de 2020 de conformidad con lo dispuesto en el artículo 9 del Real Decreto 537/2020, de 22 de mayo, por el que se prorroga el estado de alarma declarado por el Real Decreto 463/2020, se observa que a la fecha de emisión de este dictamen el plazo para dictar y notificar la resolución había transcurrido. Ahora bien, 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 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.-** Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que se reclama el resarcimiento de los daños que se atribuyen a la asistencia dispensada por un facultativo de guardia y unos técnicos de ambulancia al difunto marido de la reclamante.

Confirmado el hecho del fallecimiento tras la asistencia sanitaria denunciada, ha de presumirse un daño moral en la esposa del paciente.

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.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 135/2018), 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 en el contexto de las circunstancias apreciadas en cada caso. 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 la 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. 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 error médico o de un retraso diagnóstico entrañe *per se* una vulneración de la *lex artis*.

También es criterio de este Consejo (entre otros, Dictámenes Núm. 246/2017 y 285/2019) que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, salvo en aquellos casos en que el daño es desproporcionado y denota por sí mismo un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). 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. Esto es, ha de constatarse tanto el reproche culpabilístico como el engarce fáctico entre el tratamiento dispensado u omitido y el resultado dañoso.

En el supuesto examinado, la interesada defiende ese vínculo entre la asistencia recibida y el fallecimiento de su marido argumentando -sin sustento pericial alguno- que "si se hubiera evaluado al paciente en su domicilio no se hubiera producido la parada que finalmente acabó con su vida", y que "precisamente fue la actuación de los técnicos lo que le ocasionó la parada cardiorrespiratoria". A partir de estas afirmaciones, la reclamante dirige su reproche frente a la facultativa del centro de salud que atendió la llamada de la familia y propuso el envío de la ambulancia y frente a los técnicos de esta que atendieron el aviso. Sin embargo, de la documentación obrante en el expediente se deduce que se solicitó asistencia por "disnea intensa y desorientación" (tratándose de una EPOC con disnea agravada por un cuadro catarral), y que cuando los técnicos de la ambulancia recogen al paciente en su domicilio "en el ascensor (...) experimenta un súbito empeoramiento llegando a perder la consciencia en el portal del edificio", momento en el que se le "sube rápidamente a la ambulancia para conectarle el oxígeno, comenzando con las maniobras de reanimación cardiopulmonar" que le mantuvieron "con vida hasta la llegada de la UVI móvil", que le traslada al hospital en el que fallece tres días después.

En este contexto -visto el episodio crítico que sobreviene al trasladar al enfermo a la ambulancia y el éxito de la maniobra de reanimación- no puede admitirse ni que la evaluación del paciente por un médico hubiera evitado la parada ni que esta sea imputable a la actuación de los técnicos de la ambulancia. Al respecto, el criterio pericial del facultativo que suscribe la propuesta de resolución es contundente cuando afirma que "carecen de todo fundamento científico las afirmaciones de la reclamante tales como que una 'evaluación del paciente' en su domicilio hubiese evitado la parada cardiorrespiratoria, o que no se debió colocar al paciente 'en decúbito supino', ya que es esta (la) posición en la que se realizan las maniobras de RCP". Hemos de reparar en que el aviso a la ambulancia se cursa con motivo de un "paciente con disnea" tras la conversación mantenida entre la facultativa y la

familia que reclama la asistencia, respecto de un enfermo que presentaba “disnea habitual en el contexto de un cuadro catarral” y que había sido atendido unos días antes en el centro de salud, y que la parada cardiorrespiratoria sobreviene tras un “esfuerzo” necesario -el derivado del traslado a la ambulancia-, sin que nada permita sustentar que, a la vista de la clínica que manifestaba, una valoración *in situ* instantes antes hubiera alterado el curso de los hechos.

A su vez, tampoco cabe anudar el episodio crítico a “la mala praxis del personal técnico de la ambulancia”, tal como pretende la interesada. En efecto, si bien esta manifiesta en su escrito inicial que cuando los técnicos acudieron tumbaron al paciente “boca arriba en la camilla en posición horizontal (decúbito supino), momento en el que sufre la parada cardiorrespiratoria”, nada opone después a la versión -más precisa- del servicio de ambulancias, de la que resulta que el enfermo experimentó una crisis cuando descendía en el ascensor sentado en una silla, “llegando a perder la consciencia en el portal del edificio”, momento en el que se le coloca en posición horizontal para acometer la maniobra de reanimación. En suma, sin descender a examinar la incidencia de la parada (que el paciente supera) en el resultado final, se concluye que no queda acreditada una relación de causa a efecto entre la actuación denunciada -falta de asistencia presencial de un facultativo y maniobras inadecuadas de los técnicos de la ambulancia- y la parada cardiorrespiratoria a la que se anuda el daño reclamado, por lo que debe desestimarse la pretensión deducida.

Sin perjuicio de lo anterior, no se constata tampoco ninguna infracción de la *lex artis ad hoc* en el proceso asistencial. Frente a las meras afirmaciones de la reclamante -carentes de sustrato pericial o cita de literatura médica-, los facultativos informantes en el expediente no aprecian mala praxis alguna. Tal como observa el técnico que suscribe la propuesta de resolución, “dada la sintomatología referida por el paciente (...) la decisión de enviar una ambulancia de tipo B, que posee soporte ventilatorio y técnicos y material necesario para realizar maniobras de RCP básica, fue correcta y adecuada”. A la vista de la historia clínica, no se objetiva que un enfermo con “disnea habitual”, al que se decide hospitalizar tras conversación telefónica, demande una actuación de emergencia consistente en el envío inmediato de una ambulancia

de soporte vital avanzado o una asistencia domiciliaria portando los equipos de oxígeno, tal como sugiere la reclamante cuando denuncia que los técnicos de ambulancia “no subieron el oxígeno” a la vivienda.

En definitiva, se concluye que la actuación de los servicios de guardia y ambulancia se ajustó a la buena praxis médica, y que el fatal desenlace es consecuencia de la patología de base del paciente, que se manifestó en una agudización súbita de su disnea adecuadamente abordada por el servicio sanitario -que logró reanimarle-, sin que quepa suplantar el parámetro de la *lex artis* por el de una obligación de resultado.

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

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.