

Dictamen Núm. 140/2021

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

*Sesma Sánchez, Begoña,*  
Presidenta  
*González Cachero, María Isabel*  
*Iglesias Fernández, Jesús Enrique*  
*García García, Dorinda*  
*Baquero Sánchez, Pablo*

Secretario General:  
*Iriondo Colubi, Agustín*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 22 de julio de 2021, por medios electrónicos, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 31 de mayo de 2021 -registrada de entrada el día 3 de junio de 2021-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños derivados del fallecimiento de su esposo, como consecuencia de un supuesto retraso en el tratamiento de una dolencia cardíaca.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** El día 10 de septiembre de 2020 un letrado, en nombre y representación de la interesada, presenta en una oficina de correos una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos por esta como consecuencia del fallecimiento de su esposo que atribuye a una deficiente actuación sanitaria, concretada en un retraso a la hora de tratar una dolencia cardíaca.

Expone que “el día 10 de septiembre de 2019, sobre las 21:25 horas”, el finado “llamó a su esposa por teléfono “haciéndole saber que “tenía un dolor en

el pecho que comenzó siendo suave y que cada vez le aumentaba, que había ido a dar un paseo a ver si le calmaba” y que “no le pasaba”, por lo que ella “le dijo que bajara para la calle que iba a pedirle un taxi con urgencia para que lo llevase al Hospital `X`”. Precisa que su marido “bajó al portal nada más colgar el teléfono y el taxi llegó enseguida, llevándolo al centro sanitario. Reseña que en el informe emitido por el centro hospitalario figura como “fecha y hora de ingreso o de activación del recurso: 10-09-2019; 21:39”, y que se decide por parte del hospital darle prioridad naranja en lugar de roja, y posteriormente dar el alta para traslado al Hospital `Y` a las 22:15 horas, lo cual no quiere decir que fuese a esa hora cuando abandonó el hospital” de Avilés.

Indica que “el viaje a Oviedo desde Avilés, a las horas que eran, duró aproximadamente 30 minutos, es decir que sobre las 23:05 horas ya estaban” en el Hospital `Y`, si bien según consta en el informe correspondiente el ingreso del paciente en este centro “no se produjo hasta las 00:16 horas del día 11 de septiembre de 2019, es decir, una hora y cuarenta y un minutos después de salir del hospital avilesino”.

Señala que su marido fallece el día 11 de septiembre de 2019, a las 20:05 horas, en el Hospital `Y`”.

Advierte que “en el caso que nos ocupa no se trata de lesiones, ya que la consecuencia de la tardanza en atender (al paciente), tratándose de una dolencia cardíaca, fue la pérdida de oportunidad que tuvo, que si se hubiese tratado adecuadamente desde el principio seguramente no habría tenido el mismo desenlace, es decir, el fallecimiento”.

Afirma que “tenía un dolor de evolución de dos horas cuando llamó a su esposa, casi no podía hablar, fue rápidamente al Hospital `X` (...), la prueba de ello es que llamó a su mujer a las 21:25 y según el informe aportado (...) la hora del ingreso fue a las 21:39, donde le dieron prioridad naranja (...); es decir, solo habían transcurrido 14 minutos contando los dos minutos que habló con su mujer. Ahora bien, (el finado) no llegó al Hospital `Y` hasta las 00:16 horas del día 11 de septiembre de 2019, es decir, dos horas y treinta y siete minutos después del ingreso en el hospital de Avilés. Cuando llega el Hospital

“Y” es cuando se aplica el ‘Código Corazón’, según el informe de dicho hospital. Así pues, existe una relación de causalidad ya que no se aplicó la sistemática de trabajo congruente con una crisis cardíaca”, toda vez que “cualquier pérdida de tiempo en dichas patologías puede significar la muerte del paciente, como así ocurrió (...);, por tanto, es preciso señalar que en el caso que nos ocupa, si no había medios en el hospital ‘X’”, (no se entiende) “por qué tardó casi una hora en salir del mismo y por qué tardó una hora y cuarenta y un minutos en llegar de Avilés al (Hospital ‘Y’) en ambulancia cuando un turismo, respetando la señalización y saliendo a las 22:32 horas que no hay mucho tráfico (...), tarda 30 minutos, que fue” lo que tardaron su esposa, la prima de su marido y el esposo de esta última.

Entiende que “la atención dispensada en el Área de Urgencias del Hospital ‘X’ (...) y en el transporte al (Hospital ‘Y’) que se dispensó (...) el día 10 de septiembre de 2019 no se han ajustado a una correcta *lex artis*, ya que cuando fue iniciado el proceso asistencial (...) llevaba tiempo esperando en las dependencias de Urgencias, así como en el desplazamiento, tratándose de un paciente con dolor torácico de dos horas de evolución. Esta demora en el inicio de la asistencia permitió el esperado agravamiento del paciente, hasta el extremo de llegar a una situación incompatible con la vida, a pesar del tratamiento aplicado posteriormente”.

Considera que “al darse una relación inequívoca de causa-efecto entre el anormal funcionamiento del servicio de asistencia sanitaria y el tiempo transcurrido hasta que (...) le fue aplicada la sistemática de trabajo correcta en un caso de crisis cardíaca, según los informes, resulta forzoso concluir la existencia de la imputación de responsabilidad patrimonial al Servicio de Salud del Principado de Asturias”.

Cuantifica la indemnización solicitada en noventa y cuatro mil trescientos noventa y un euros con dieciocho céntimos (94.391,18 €).

Como medios de prueba, interesa que se incorpore al expediente el parte de asistencia del Servicio de Urgencias del Hospital “X” de 10 de septiembre de

2019, el parte de asistencia del Servicio de Urgencias del Hospital "Y" y la testifical de la viuda y de la prima del fallecido, a quienes identifica.

Acompaña copia, entre otra, de la siguiente documentación: a) Informe del Servicio de Urgencias del Hospital "X", de 10 de septiembre de 2019, en el que consta como hora de ingreso o de activación del recurso las 21:39 y como hora del alta las 22:15. En él figura como motivo de la consulta "dolor torácico"; en el apartado relativo a historia actual que se trata de un "paciente de 51 años que acude por cuadro de opresión torácico desde hace 2 horas, con cortejo vegetativo", y en el de "evolución y comentarios" que "se contacta con 112 y se activa el Código Corazón, que se habla "con Hemodinámica del (Hospital `Y´) y se procede al traslado del paciente". Se establece el diagnóstico principal de "SCACEST anterolateral" y "PCR reanimada". b) Informe de alta del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital `Y´, de 11 de septiembre de 2019, en el que se anota como hora de ingreso las 00:16, como motivo del mismo "varón de 51 años que ingresa en la UVI procedente de la sala de Hemodinámica tras ser trasladado desde el Hospital (...) `X´ por parada cardíaca en el contexto de SCACEST". En el apartado relativo a diagnósticos se refleja "PCR reanimada por FV./ Código Corazón con enfermedad de tronco y tres vasos./ Implante: balón de contrapulsación. ECMO V-A. Asistencia biventricular./ Shock cardiogénico con disfunción biventricular severa./ Daño isquémico-anóxico cerebral./ Shock refractario de predominio cardiogénico./ Insuficiencia respiratoria global aguda./ Disfunción orgánica (renal-hepática-coagulación)./ Asistolia./ Exitus./ Se solicita necropsia".

**2.** Mediante oficio de 6 de octubre de 2020, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a la interesada 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.** Con fecha 9 de octubre de 2020, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas resuelve “denegar las testificales solicitadas por no fundamentar la necesidad de su realización y, además, los actos de instrucción que se están llevando a cabo permitirán establecer de manera clara la cronología de los hechos”.

**4.** Previa solicitud formulada por el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto, el Coordinador Médico del Centro de Coordinación de Urgencias del SAMU Asturias incorpora al expediente una relación detallada de las actuaciones y horas relativas al incidente: “Fecha y hora de la llamada: 10 de septiembre de 2019 a las 21:52 horas./ Lugar del incidente: Hospital `X´./ Recurso asistencial enviado: ambulancia Soporte Vital Avanzado (ASVA 10)./ Fecha y hora de asistencia (llegada Hospital `X´): 10 de septiembre de 2019 a las 22:14 horas./ Fecha y hora de salida del Hospital `X´: 10 de septiembre de 2019 a las 22:35 horas./ Destino del recurso asistencial (si hubo traslado): Hospital `Y´ (...). Fecha y hora de finalización de la asistencia (llegada al `Y´): 10 de septiembre de 2019 a las 22:57 horas”.

**5.** Previa solicitud del Inspector de Prestaciones Sanitarias, la Gerencia del Área Sanitaria IV le remite el 30 de octubre de 2020 una copia de la historia clínica del paciente.

**6.** También a solicitud del Inspector de Prestaciones Sanitarias, la Gerencia del Área Sanitaria III le traslada el 13 de noviembre de 2020 una copia de la historia clínica del paciente obrante en el Hospital “X” y un informe del Servicio de Urgencias.

En el informe de la Jefa de la Unidad de Urgencias del Hospital “X”, de 27 de octubre de 2020, se indica que el fallecido, “de 51 años, era un paciente con antecedentes de consumo de tóxicos por vía parenteral y en tratamiento con Interferón por una hepatitis C que acudió a Urgencias por un dolor torácico de 2 horas de evolución (espacio de tiempo en el que el paciente realiza

actividad física) y (...) sin solicitar valoración al 112 en un taxi./ Que a las 21:39 llega a Urgencias, pasando al triaje a las 21:41, donde es valorado por la enfermera, asignándosele prioridad II (esto es: paciente que debe ser valorado en los 10-15 minutos desde su llegada)./ Que a las 21:47 (...) ya tiene tomadas las constantes por la enfermera, ha tenido el primer contacto con el médico (que a las 22:07 ya ha iniciado la revisión de su historia y comienza a cumplimentar el formulario) y al que se le procede a realizar EKG y analítica (que ya está enviada a las 21:56) (...). Le fue realizado el EKG en menos de 10 minutos desde su llegada, y valorado por el médico (informado como ritmo sinusal a 78 lpm, con elevación del ST en cara anterolateral), y en ese momento (...) sufrió una parada cardiorrespiratoria presenciada./ Que el paciente comenzó a ser reanimado inmediatamente, presentando un ritmo de parada en inactividad eléctrica sin pulso, siguiéndose los algoritmos según protocolo ILCOR-2015 de la Unidad. Se procede a la intubación orotraqueal con fármacos según protocolo de intubación asistida con fármacos (rocuronio, fentanilo y etomidato). El paciente responde a las maniobras de soporte cardiovascular avanzado, recuperando el ritmo con complejos QRS anchos y una racha de complejos sugerentes de FV, por lo que debe administrársele Amiodarona 300 mg./ Que con los diagnósticos de SCACEST anterolateral y parada cardíaca recuperada se activa un Código Corazón: se inicia la medicación según protocolo (ASS y Clopidogrel) y siendo aceptado por el Servicio de Hemodinámica del (Hospital `Y´) se procede al traslado, que por tratarse de un `código´ (patología tiempo-dependiente) es asumido por el equipo de la UVI del SAMU con base en Avilés./ Que a las 22:53 el paciente, intubado, conectado un respirador, con varias bombas de infusión continua con medicación, precisando drogas vasoactivas para el mantenimiento de su estabilidad hemodinámica y habiendo sido administrado todo el tratamiento farmacológico de un Código Corazón, sale asistido por un médico y enfermera del Servicio de Urgencias en una ambulancia de SCVA. Durante el traslado, que debe hacerse manteniendo una velocidad suave y constante (...), presenta nuevas alteraciones del ritmo cardíaco que comprometen su estabilidad,

precisando ser atendido *in itinere*, para lo cual se hace preciso estacionar el vehículo. El paciente llega al (Hospital `Y´) a las 00:16”.

Indica que “la prioridad asignada a los pacientes no es un hecho aleatorio dependiente de la voluntad o subjetividad del profesional responsable del triaje, sino que se basa en un algoritmo aceptado internacionalmente (método de triaje Manchester). Este paciente ha sido triado y atendido en tiempo y forma, cumpliéndose las recomendaciones de atención en 10 minutos con EKG valorado por médico./ La activación de un código corazón debe producirse en el momento que un médico identifica en un paciente una alteración electrocardiográfica compatible con un síndrome coronario agudo, y consiste en (...): Garantizar los cuidados cardiovasculares adecuados (...). Aportar medicación según protocolo (...). Contactar con el Servicio de Hemodinámica del (Hospital `Y´) y que este, tras valorar los antecedentes, edad y circunstancias, acepte dicho traslado, cuya intención es aportar al paciente un tratamiento invasivo (...). Trasladar al paciente garantizando los adecuados cuidados cardiovasculares y la respuesta a las complicaciones propias de esta patología, por lo que (...) debe ser trasladado en un vehículo de soporte vital avanzado y acompañado de médico y enfermera con competencias en atención cardiovascular de emergencia”.

Refiere que “la activación de un código, tratamiento y traslado solo puede producirse cuando el paciente está vivo. Ante un paciente en parada cardiorrespiratoria la primera acción es tratar de reanimar al paciente./ El traslado de un paciente crítico en un soporte vital avanzado es además de un mero traslado (no comparable en modo alguno con un desplazamiento en un vehículo particular) un proceso con acciones terapéuticas: el paciente es tratado durante el traslado igual que se estuviese en un box de críticos de urgencias o intensivos, ya que debe proveérsele de los adecuados cuidados y medicación, de forma que cualquier alteración es atendida, para lo que es imprescindible parar el vehículo, estabilizar al paciente y reanudar la marcha solo cuando la incidencia esté resuelta y el paciente esté estable en condiciones

óptimas para continuar. No se movilizan pacientes inestables, ni mucho menos en parada cardíaca”.

Advierte que “solo podemos negar de rotundo la deficiente fundamentación alegada” por la reclamante, “en la que no se aporta ningún dato en el que se haga referencia al cuidado y atenciones proporcionadas al paciente, ni aseveración con contenido científico que pueda sostener la pretendida relación de causalidad entre la atención dada al paciente y el desenlace de su proceso./ De igual modo, negar tajantemente la afirmación (...) que pretende dejar entrever que el paciente fue desatendido en Urgencias del (Hospital `X´) dándosele el alta cuando realmente fue atendido, reanimado y una vez estabilizado trasladado en las condiciones más adecuadas a la gravedad y mal pronóstico del proceso”.

**7.** Previa solicitud del Inspector de Prestaciones Sanitarias, y en relación con la aclaración sobre los horarios de llegada al Hospital “Y” del paciente, se incorpora al expediente un informe del Jefe del SAMU-Asturias fechado el 11 de diciembre de 2020. En él expone que “el paciente llegó al (Hospital `Y´) tal y como dice el informe previo a las 22:57 (...). La hora de registro en admisiones efectivamente es a las 0:16 (...). Este paciente, como otros con Código Corazón, son llevados directamente a la sala de Hemodinámica sin pasar por Urgencias. Allí, una vez realizado el cateterismo y solventadas los problemas agudos que presente (...) se realiza el ingreso, motivo por el que hay un decalaje entre la hora real de llegada y el registro de entrada en el (hospital) (...). En el informe del cateterismo cardíaco realizado en el (Hospital `Y´) consta” que el “paciente se encontraba en dicha sala a las 23:07 horas del día 10 de septiembre de 2019, lo que constata su llegada a la hora referida en el informe previo, es decir, a las 22:57 horas (...). Si en el informe del (Hospital `X´) consta que su llegada al (Hospital `Y´) fue a las 0:16 supongo que será debido a que desde el (Hospital `X´) se llama a admisiones del (Hospital `Y´) para solicitar dicha información, y en esta consta efectivamente esa hora a la que se realiza el ingreso administrativo, pero no es la hora a la que el paciente



llegó al (Hospital `Y´) (...). Para finalizar, los pacientes que acuden a procedimientos muy urgentes y donde la entrada al (Hospital `Y´) no es por la puerta de Urgencias es habitual que la llegada al hospital no coincida con el ingreso administrativo”.

**8.** Con fecha 4 de marzo de 2021, se incorpora al expediente un informe pericial aportado por la entidad aseguradora de la Administración y evacuado por dos especialistas, uno en Cardiología y otro en Cirugía General. En él exponen que “consta acreditado que el paciente ingresa por Urgencias traído por un taxi el día 10 de septiembre de 2019 a las 21:39 horas por dolor torácico con cortejo vegetativo de 2 horas de evolución (...). Fue evaluado inicialmente por la enfermería de triaje de forma inmediata (2 minutos) y atendido en tiempo y forma, cumpliéndose la recomendaciones de atención en 10 minutos con ECG valorado por médico (...). La parada cardiorrespiratoria que padeció (...) fue rápidamente tratada y con éxito, pudiendo activarse el Código Corazón para ser trasladado a la Unidad de Hemodinámica de referencia en el menor tiempo posible, como así sucedió en el presente caso (...). Desde la activación del Código Corazón se garantizaron los cuidados cardiovasculares adecuados, con la medicación necesaria según protocolo y trasladando al paciente en una Unidad Móvil de Soporte Vital Avanzado y acompañado de médico y enfermera con competencias en atención cardiovascular de emergencia con prealerta al Servicio de Hemodinámica del (Hospital `Y´) (...). A su llegada (...), a las 22:57 horas, es trasladado directamente a la Sala de Hemodinámica realizándose un cateterismo cardíaco (coronariografía), confirmando la existencia de una oclusión trombótica del tronco coronario izquierdo (...) y lesión severa de la arteria coronaria derecha (...); es decir, están (...) todos los territorios miocárdicos afectados como único evento oclusivo. Con un infarto en fase aguda con shock y tras parada en DEM la anatomía encontrada supone, probablemente, la de mayor riesgo de mortalidad posible en un infarto agudo de miocardio (...). En el (Hospital `Y´) consiguen tratar percutáneamente con éxito, mediante el implante de stents, las lesiones coronarias responsables del

infarto miocárdico masivo que eran de la máxima complejidad, además de encontrarse el paciente en shock cardiogénico (...). El tratamiento por cateterismo de la enfermedad coronaria en el tronco de la coronaria izquierda (...) es uno de los procedimientos endovasculares de mayor dificultad, por sus características anatómicas, ya que generalmente afecta un sitio de división de dos grandes arterias, y fundamentalmente por su importancia funcional, ya que compromete la circulación del corazón entre un 70 y el 100 por ciento (...). La enfermedad significativa del tronco común izquierdo (...) (estenosis de la luz  $\geq$  50 %) es la más letal de las localizaciones de la enfermedad coronaria (...). Para el shock cardiogénico refractario se emplearon varios dispositivos de asistencia circulatoria correctamente indicados, de forma escalonada según la progresión del cuadro y adecuados a cada momento del shock cardiogénico (...). En el electroencefalograma había signos de daño de encefalopatía posanóxica leve, que denota una actuación correcta en la reanimación de un paciente con estas complicaciones (...). Tras su realización el paciente es trasladado a la UCI donde (...), dada la gravedad de sus lesiones evoluciona desfavorablemente, falleciendo a las 20:05 horas del día 11 de septiembre de 2019 como consecuencia de un infarto agudo de miocardio masivo con shock cardiogénico debido a la oclusión trombótica del tronco coronario tras parada cardiorrespiratoria recuperada”.

Señalan que “se pusieron y activaron de forma inmediata y precoz todos los recursos necesarios y disponibles de forma diligente en un intento de mejorar el pronóstico vital del paciente, afectado por una grave lesión coronaria desde el inicio (...). El fallecimiento (...) se debe, única y exclusivamente, a la grave y extensa afectación de su isquemia miocárdica que, pese a realizar todo lo posible, era irreversible”.

Concluyen que “las actuaciones que se recogen en la documentación aportada y que fueron llevadas a cabo por todo el personal sanitario que participó en la atención a este paciente (más de 30 profesionales implicados en la atención emergente) fueron totalmente correctas y acordes a la normopraxis”.

**9.** Mediante oficio notificado a la interesada el 6 de abril de 2021, el Inspector de Prestaciones Sanitarias actuante le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

Con fecha 27 de abril de 2021, la perjudicada presenta en una oficina de correos un escrito de alegaciones en el que expone que el paciente “acudió a Urgencias del Hospital `X´ con una clara sintomatología sugerente de patología isquémica coronaria y que, a pesar de ello y de haber tenido conocimiento de que la clínica existía desde dos horas antes, no se procedió a su traslado hasta las 22:15 horas, transcurriendo un tiempo que, sin poder precisar cuál habría sido la posterior evolución de haberse procedido al traslado con mayor celeridad, se ha constituido en una pérdida de oportunidades para su curación, ya que, a pesar de las actuaciones sanitarias que le fueron posteriormente dispensadas en el Hospital `Y´, se llegó a un estado clínico incompatible con la vida”.

Indica que “la asistencia sanitaria dispensada (...) el día 10 de septiembre de 2019 se ha alejado de una correcta *lex artis* por causa de no haber actuado con la oportuna diligencia en el traslado del paciente al hospital de referencia con un mayor nivel asistencial”.

Interesan, de nuevo, la práctica de la testifical propuesta en el escrito de reclamación.

**10.** El día 14 de mayo de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella señala que “en el presente caso la asistencia fue correcta y adecuada a la *lex artis*. No ha existido el retraso alegado por la reclamante. El paciente llegó al (Hospital `X´) (sin avisar previamente al 112) a las 21:39 horas, pasa triaje a los 2 minutos, a los 8 minutos ya tiene tomadas las constantes, es visto por el médico y se le realiza un ECG. En menos de 15 minutos desde su llegada ya se solicita una UVI-móvil para su traslado, que tiene que ser demorado ya que sufre una parada cardiorrespiratoria que

requirió maniobras de reanimación cardiopulmonar. El traslado es realizado a las 22:53 horas acompañado de médico y enfermera que prestan asistencia durante el trayecto, precisando detener el vehículo para estabilizar al paciente. El paciente no llegó al (Hospital `Y´) a las 00:16 horas sino que, tal como informa el Jefe del SAMU-Asturias, lo hizo a las 22:57 horas, lo que es congruente con el contenido de la historia clínica, ya que tras la conversación con el Servicio de Urgencias del (Hospital `X´) y activarse el Código Corazón, a las 22:18 horas se realiza indicación de coronariografía (...) y, según el informe de Hemodinámica, el paciente se encuentra en la sala a las 23:07. Es decir, desde” que acude “al Servicio de Urgencias del (Hospital `X´) hasta su llegada al (Hospital `Y´) transcurre menos de hora y media, estando constantemente atendido y teniendo que haber remontado una parada cardiorrespiratoria”.

**11.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 31 de mayo 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, 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), 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, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC).

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado como titular del servicio público sanitario.

**TERCERA.-** En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la 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 10 de septiembre de 2020, y el fallecimiento del paciente se produce el día 11 de septiembre 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.

Dada la repercusión que ello podría tener para las garantías de la reclamante, procede analizar la circunstancia de que en el marco del procedimiento se haya rechazado la práctica de la testifical por ella propuesta tanto en su escrito inicial como en el de alegaciones conclusivas. Así, por Resolución del Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones de 9 de octubre de 2020 se deniegan las testificales solicitadas con base en que la interesada no fundamenta la necesidad de su realización y en que los actos de instrucción llevados a cabo permitirán establecer de manera clara la cronología de los hechos; único extremo sobre el que este tipo de prueba podría versar. Ninguna objeción procede efectuar a la resolución tomada. En efecto, el artículo 77.3 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, señala que "El instructor del procedimiento sólo podrá rechazar las pruebas propuestas por los interesados cuando sean manifiestamente improcedentes o innecesarias, mediante resolución motivada", y en el presente caso la Administración ha considerado, con buen criterio, que la testifical acerca de la cronología de los hechos (particularmente, según se deduce de la reclamación, la hora de salida del Hospital `X` y de llegada al Hospital `Y`) resulta innecesaria, dada la existencia de informes de diferentes fuentes que dejarán meridiana constancia de ello. Más aún, cabría considerar la prueba propuesta como improcedente, puesto que los testimonios planteados solo podrían versar sobre la hora a la que las testigos llegaron al Hospital `Y`, lo que carece de trascendencia alguna para el presente procedimiento, pero en ningún caso arrojarían luz sobre la hora a la que llegó el paciente, dado que este no las acompañaba, sino que iba en un vehículo de soporte vital avanzado.

Al margen de lo anterior, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el

artículo 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 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 “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 la interesada reclama una indemnización por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de su esposo y que atribuye a una deficiente actuación sanitaria, concretada en el retraso habido a la hora de tratar una dolencia cardíaca.

Acreditada su efectividad a la vista de la documentación obrante en las actuaciones, hemos de reparar en que 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 sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que la perjudicada no tuviera el deber jurídico de soportar.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 182/2019), 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 eventualmente pueda sufrir el paciente con ocasión de la atención recibida, 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 concretos.

Por tanto, para poder 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.

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, 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 un defectuoso diagnóstico ni un error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes.

También ha subrayado este Consejo (por todos, Dictamen Núm. 81/2019) 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*). Fuera de esos supuestos, 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.

En el supuesto ahora analizado, la interesada sustenta su pretensión en los siguientes puntos: a) el paciente, dado el problema cardíaco que presentaba, debió haber sido trasladado antes al Hospital "Y", resultando inexplicable su permanencia en el Hospital "X"; b) no se ha seguido una sistemática de trabajo congruente con la crisis cardíaca, puesto que el Código Corazón se habría aplicado tras la llegada del paciente al Hospital "Y"; c) habiendo salido desde el Hospital "X" a las 22:32 horas en dirección al Hospital "Y" resultaría injustificado -teniendo en cuenta la distancia existente entre ambos centros- que el informe de alta del Servicio de Medicina Intensiva de este último señale como hora de ingreso las 00:16 horas. Como corolario de lo anterior, la reclamante estima que habría existido una evidente pérdida de oportunidad asistencial para el paciente.

Planteada en estos términos la reclamación, procede abordar cada una de las cuestiones suscitadas a la luz de la documentación incorporada al expediente.

En primer lugar, debemos analizar la permanencia y el tratamiento dados al paciente en el Servicio de Urgencias del Hospital "X".

El informe de la Jefa de la Unidad de Urgencias del Hospital "X", tras contextualizar la situación del enfermo (varón de 51 años, con antecedentes de consumo de tóxicos y en tratamiento con Interferón por una hepatitis C, que acude a Urgencias por un dolor torácico de dos horas de evolución -periodo durante el cual ha realizado actividad física- en un taxi, sin solicitar valoración al 112), refiere pormenorizadamente todas las actuaciones llevadas a cabo en este centro para su atención. Así, indica que llega a las 21:39 horas a Urgencias, pasa al triaje a las 21:41, donde es valorado por la enfermera, asignándosele prioridad II -esto es, que debe ser valorado en los 10-15 minutos desde su llegada-; a las 21:47 horas -en menos de diez minutos desde su llegada- tiene tomadas las constantes por la enfermera, ha tenido el primer contacto con el médico y se procede a realizar analítica y EKG; tras sufrir una parada cardiorrespiratoria comienza a ser reanimado inmediatamente, respondiendo a las maniobras de soporte cardiovascular; con los diagnósticos

de SCACEST anterolateral y parada cardíaca recuperada se activa el Código Corazón, iniciándose la medicación según el protocolo; habiendo sido aceptado por el Servicio de Hemodinámica del Hospital "Y" se procede a su traslado, asumido por el equipo de la UVI del SAMU con base en Avilés; a las 22:53 horas, intubado, conectado a un respirador, con varias bombas de infusión continua con medicación, precisando drogas vasoactivas para el mantenimiento de su estabilidad hemodinámica y habiendo sido administrado todo el tratamiento farmacológico de un Código Corazón, sale asistido por médico y enfermera del Servicio de Urgencias en una ambulancia de soporte vital avanzado. De ello cabe deducir razonadamente tanto la elevada complejidad de la situación como la rapidez y oportunidad de la actuación de los servicios sanitarios. Mención aparte merece el hecho de que durante su estancia en el Hospital "X" el paciente sufre una parada cardiorrespiratoria, situación en la que, como indica el informe, no cabe su movilización sino la rápida asistencia para su reanimación.

A mayor abundamiento, el informe pericial aportado por la compañía aseguradora destaca que el paciente fue evaluado por la enfermera de triaje de forma inmediata (dos minutos) y atendido en tiempo y forma, cumpliéndose todas y cada una de las recomendaciones de atención en diez minutos con ECG valorado por médico. La parada cardiorrespiratoria que padeció fue rápidamente tratada y con éxito, pudiendo activarse el Código Corazón para ser trasladado a la Unidad de Hemodinámica de referencia en el menor tiempo posible.

En segundo lugar, procede examinar la activación del Código Corazón. A este respecto, el mencionado informe de la Jefa de la Unidad de Urgencias del Hospital "X" explica que la prioridad asignada a los pacientes no depende de la "voluntad o subjetividad del profesional responsable del triaje", sino que está basado en un algoritmo (método de triaje Manchester), y en este caso el paciente habría sido triado y atendido en tiempo y forma, cumpliéndose las recomendaciones de atención en diez minutos con EKG valorado por médico. Por otro lado, el informe advierte que la activación de un Código Corazón solo

tiene lugar cuando el médico identifica una alteración electrocardiográfica compatible con un síndrome coronario agudo, precisando que su contenido consiste en: a) garantía de los cuidados cardiovasculares, b) aporte de medicación según protocolo, c) contacto con el Servicio de Hemodinámica del Hospital "Y" para la aceptación del traslado y d) traslado del paciente garantizado en un vehículo de soporte vital avanzado (acompañado de médico y enfermera para atención cardiovascular de emergencia). Es necesario destacar también que en el informe del Servicio de Urgencias del Hospital "X" de 10 de septiembre de 2019 consta, en el apartado dedicado a "Evolución y comentarios", que "se contacta con 112 y se activa el Código Corazón".

En tercer lugar, resta por determinar la cuestión de si hay cumplida justificación para que en la formalización del ingreso en el Hospital "Y" figure que este tuvo lugar a las 00:16 horas, habiendo salido de Avilés a las 22:32 horas.

Sobre este extremo, el informe de la Jefa de la Unidad de Urgencias del Hospital "X" advierte que el traslado debe hacerse manteniendo una velocidad suave y constante, y que cuando el paciente presenta alteraciones del ritmo cardíaco que comprometan su estabilidad -lo que, como refiere y se subraya en la propuesta de resolución, se produjo en este caso- es precisa su atención *in itinere*, para lo cual resulta necesario estacionar el vehículo y reanudar la marcha solo cuando la incidencia esté resuelta y aquel se halle en condiciones óptimas para continuar. El documento llama la atención, asimismo, sobre el hecho de que el traslado de un paciente crítico en un soporte vital avanzado no admite, de ninguna manera, comparación con un desplazamiento en un vehículo particular, dado que se trata de un proceso con acciones terapéuticas en el cual el enfermo es tratado como si de un box de críticos de urgencias o intensivos se tratase, proveyéndole de cuidados y de medicación.

Por su parte, el informe del Jefe del SAMU-Asturias refiere que el paciente llegó al Hospital "Y" a las 22:57 horas (sobre este extremo, advierte que en el informe del cateterismo cardíaco realizado en dicho centro consta que se encontraba en la sala a las 23:07 horas, lo que corroboraría su llegada a las

22:57), aunque la hora en la que se registró la admisión fue a las 0:16. Explica el informe que el desfase horario entre la entrada y la admisión se debe a que un paciente al que se aplique el Código Corazón es llevado directamente a la sala de Hemodinámica -sin pasar por Urgencias-, y que solo una vez que haya sido realizado el cateterismo y solventados sus problemas agudos se formaliza el ingreso; este sería el motivo por el que no coincidirían la entrada física con la formalización del ingreso administrativo.

Asimismo, en la relación detallada de las actuaciones y horas relativas al incidente aportada por el Coordinador Médico del Centro de Coordinación de Urgencias SAMU Asturias consta que la llegada del paciente al Hospital "Y" se produce el día 10 de septiembre de 2019 a las 22:57 horas.

Teniendo presente lo expuesto solo cabe apreciar, tal y como se reseña en el informe pericial elaborado por la entidad aseguradora y en la propuesta de resolución, que en este caso se dispusieron y activaron de forma correcta todos los recursos necesarios para mejorar el pronóstico vital de un paciente aquejado *ab initio* de una grave lesión coronaria.

En definitiva, la interesada se limita a invocar genéricamente la necesidad de una mayor premura en el traslado al Hospital "Y" cuando la documental evidencia que se llevó a cabo a la mayor brevedad que fue factible, teniendo en cuenta las atenciones que demandó la situación de paciente; que la activación del Código Corazón se realizó de forma irregular mientras que las pruebas muestran un escrupuloso cumplimiento de los protocolos y, finalmente, que el paciente entró en el Hospital "Y" a una hora (las 00:16) en la que lo que realmente se produjo es la formalización administrativa de la llegada (puesto que aquel ya estaba en el hospital a las 22:57 horas). La reclamante, sin embargo, no se detiene a analizar o cuestionar cada uno de los puntuales hitos del proceso asistencial y no aísla una concreta infracción de la *lex artis* en las actuaciones llevadas a cabo. Es más, incluso reexaminando el expediente en el trámite de audiencia se limita esencialmente a reiterarse en los postulados de su reclamación inicial, omitiendo la presentación de elementos probatorios bastantes para cuestionar los informes técnicos incorporados al expediente.

Del análisis de todas y cada una de las periciales obrantes en este, único material probatorio sobre el que puede pronunciarse este Consejo, solo cabe deducir que la actuación médica se ajustó plenamente a la *lex artis ad hoc*.

En conclusión, no se objetiva negligencia alguna, pues la actuación del personal sanitario fue correcta y adaptada a la *lex artis*, según se desprende de los informes obrantes en el expediente, los cuales en ningún momento han sido desvirtuados por la reclamante, quien no ha acudido al derecho que la ley le confiere para presentar pericias que acrediten que el daño padecido guarda relación con una mala praxis médica. El daño ocasionado, pues, no resulta antijurídico y no puede imputarse causalmente a la asistencia sanitaria dispensada.

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.