

Dictamen Núm. 72/2022

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 7 de abril de 2022, 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 26 de julio de 2021 -registrada de entrada el día 2 de agosto de 2021-, y una vez atendida con fecha 31 de marzo de 2022 la solicitud de información para mejor proveer, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de su esposa debido al diagnóstico y abordaje tardíos de una dolencia cardíaca.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 25 de noviembre de 2020 una procuradora, en nombre y representación del interesado, presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de su esposa debido a la no realización de las pruebas que requería la sintomatología que presentaba (electrocardiograma) y demora en la asistencia.

Expone que "el 19 de diciembre de 2019 (...) acude a su centro de salud refiriendo vómitos y dolor irradiado a brazo izquierdo. Se diagnostica de gastroenteritis y se da de alta con recomendaciones dietéticas (...). El día 20 de diciembre (...), a las 13:10 horas (...), va al baño" y su marido "oye una especie de quejido, encontrándola tumbada en el suelo. Al acercarse ve que apenas puede respirar, solo da bocanadas muy cortas y entrecortadas, tiene los ojos cerrados, la piel blanca y fría y se ha orinado encima".

Señala que "se pone inmediatamente en contacto con el 112 de Asturias para solicitar una ambulancia a las 13:12 horas. Refiere a los servicios sanitarios que (...) está inconsciente en el suelo del baño, no responde a estímulos, se encuentra pálida y presenta dificultad para la respiración, da bocanadas, solicitando reiteradamente una ambulancia (...). Vuelve a llamar a las 13:24 horas a los servicios médicos ante la ausencia de asistencia alguna". Precisa que una vez que llega "personal facultativo del Centro de Salud, a las 13:35 horas, es decir, 21 minutos después de la primera de las llamadas, se activó ambulancia que no llegaría hasta más de media hora después, esto es a las 14:08 horas (...). La ambulancia que llega al domicilio de la paciente" es "un vehículo de asistencia básico (con un conductor y un ayudante, sin otros profesionales sanitarios). En la hoja de registro no consta toma de constantes, ni colocación de oxigenoterapia, ni anamnesis, ni ajuste de medicación".

Indica que a su llegada a la Fundación Hospital se refleja como motivo de ingreso "síncope recuperado tras 15 minutos. Tensión arterial 90/60 mmHg". Se clasifica a la paciente como un "código rojo". Queda constancia (de) que a su llegada (...) está pálida e hipotensa (TA de 65/44 mmHg a las 14:59 h). En las primeras pruebas realizadas en Urgencias destaca un ECG donde se objetiva una elevación del segmento ST desde V1 a V6, compatible con IAM antero-lateral. Se contacta con el cardiólogo de guardia" del Hospital "y se gestiona su traslado, que no llegó a realizarse porque (...) sufriría parada cardiorrespiratoria a las 15:35 horas", causando "exitus confirmado a las 17:10 horas".

Considera que "la ausencia de activación de los recursos" por el Servicio de Salud del Principado de Asturias "en tiempo y forma y la inadecuada derivación" a

la Fundación Hospital “supusieron para la paciente una pérdida de oportunidad terapéutica, es decir, un retraso en diagnóstico y tratamiento que ha causado el fallecimiento” de esta.

Concluye que “existe una pérdida de oportunidad terapéutica derivada del retraso asistencial, de la ausencia de pruebas complementarias adecuadas, fundamentalmente el electrocardiograma, (y) la ausencia de activación del Código Corazón, y todo ello ha traído como consecuencia un retraso en diagnóstico y tratamiento con el resultado del fallecimiento de la paciente”.

Cuantifica la indemnización solicitada en ochenta y cuatro mil seiscientos noventa y siete euros con treinta y siete céntimos (84.697,37 €).

Adjunta a su escrito copia, entre otros documentos, de un informe médico pericial suscrito el 2 de agosto de 2020 por un especialista en Neumología y Valoración del Daño Corporal. En él se concluye, en relación con la atención médica recibida por la paciente el día 19-12-2019 en su centro de salud, que se produce un error diagnóstico, puesto que para establecer el diagnóstico de gastroenteritis aguda faltaba “el síntoma cardinal”, que es la diarrea. Respecto a la atención prestada en su domicilio al día siguiente, estima que hay un retraso en la atención sanitaria, toda vez que se infravalora la gravedad del estado de la enferma, subrayando que en el domicilio no se le hace un ECG, prueba que “hubiese permitido el diagnóstico de IAM, la activación del ‘Código Corazón’ y la remisión de la paciente al centro de referencia (H.) en tiempo para realizar un intervencionismo coronario percutáneo (< 120 minutos)”. En cuanto a la asistencia proporcionada en la Fundación Hospital el mismo día 20, considera que “fue correcta, acorde a las guías y utilizando todos los recursos disponibles en un hospital de su nivel de complejidad”.

2. Mediante escrito de 11 de enero de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica al interesado 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.

3. A solicitud de la Instructora Patrimonial, el 9 de febrero de 2021 el Jefe del SAMU Asturias le remite diversa información en relación con la asistencia prestada, los medios materiales disponibles y su utilización el día 20 de diciembre de 2019.

4. Mediante oficio de 19 de febrero de 2021, el Gerente del Área Sanitaria V incorpora al expediente una copia de la historia clínica de la paciente y los informes emitidos por las facultativas de Medicina Familiar y Comunitaria que la atendieron.

5. El 7 de abril de 2021, previa solicitud formulada por la Instructora Patrimonial, el Jefe del SAMU Asturias le traslada las grabaciones de las conversaciones telefónicas relativas a la atención dispensada a la paciente.

6. A solicitud de la Instructora Patrimonial, el 14 de abril de 2021 la Gerente de la Fundación Hospital le envía diversa documentación entre la que figura un informe de la Jefa del Servicio de Urgencias de la misma fecha.

7. El día 30 de abril de 2021, emiten informe pericial a instancias de la compañía aseguradora de la Administración dos especialistas, una de ellas en Medicina Familiar y Comunitaria, con experiencia profesional en el ámbito de las urgencias y emergencias sanitarias, y otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo.

En él se concluye que "el día 19-12-19 se atendió a (la paciente) de urgencia en el centro de salud por vómitos sin signos de gravedad y fue diagnosticada de gastroenteritis aguda, diagnóstico acorde con los datos clínicos que se tenían en ese momento (...). El día 20-12-19, tras la llamada al 112 del marido (...) por haber sufrido esta un síncope, al no haber ambulancias disponibles se desplazaron la médica y enfermera del centro de salud a valorarla a su domicilio, a pesar de que no disponían de los medios para atención de urgencias en domicilio, ya que estaban siendo utilizados en otro aviso. Tan pronto como fue posible se envió una ambulancia para traslado al hospital de referencia"

(Fundación Hospital). A su llegada a este centro, “inmediatamente se activó el Código Corazón para trasladar a la paciente” al Hospital “y realizar angioplastia primaria, ya que es el tratamiento revascularizador de elección en la mayoría de los casos. Se administró el tratamiento correcto, se hicieron maniobras de resucitación cuando (...) sufrió una parada cardiorrespiratoria. Ante la gravedad de la paciente y la imposibilidad de traslado en ese estado, se administró tratamiento fibrinolítico para revascularizar, que es el único disponible” en la Fundación Hospital A pesar “del tratamiento (...) sufrió de nuevo una parada cardiorrespiratoria de la que no pudo recuperarse”.

8. Mediante escrito notificado al reclamante el 4 de junio de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

No consta en el expediente que se hayan formulado alegaciones en este trámite.

9. Con fecha 13 de julio de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella considera que la atención dispensada a la paciente fue correcta, y concluye que “la calificación de la praxis asistencial debe realizarse por un juicio *ex ante*, con los datos disponibles en el momento en que se realiza un tratamiento o el diagnóstico, en base al mismo; los profesionales sanitarios han actuado conforme a la *lex artis*, con diagnóstico adecuado y coherente con los datos clínicos disponibles en cada momento asistencial, sin objetivarse inobservancia del deber de cuidado, desde el cuadro inicial compatible con gastroenteritis a la fase de síncope, cuadro clínico muy habitual que (la) mayoría de las veces tiene causa neuromediada u ortostática, no considerándose una urgencia médica y cuya importancia radica en la detección de signos de gravedad que hagan sospechar un origen cardíaco y proceder al traslado a urgencias hospitalarias, como ha sido el caso./ En cuanto a los recursos móviles de asistencia urgente, hay que señalar la existencia de limitaciones, no siempre está

disponible el recurso móvil más adecuado, y aun encontrándose disponible no siempre está cerca del lugar del incidente, por lo que de manera habitual en la asistencia extrahospitalaria va a existir un retraso en la atención./ No cabe por tanto más que concluir que la paciente fue correctamente tratada por parte de los profesionales sanitarios del Servicio de Salud del Principado de Asturias, y conforme a los protocolos y guías actuales”.

10. En este estado de tramitación, mediante escrito de 26 de julio 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 del mismo en soporte digital.

Recabada por este Consejo Consultivo, para mejor proveer, la ampliación del expediente a fin de disponer de los elementos precisos para un pronunciamiento, el día 31 de marzo de 2022 se recibe en este órgano la información solicitada de acuerdo con lo previsto en el artículo 37.3 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.

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 el interesado activamente legitimado para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica -en tanto que esposo de la fallecida- 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 de los servicios frente a los que se formula reclamación.

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 25 de noviembre de 2020, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento de la paciente- el día 20 de diciembre de 2019, por lo que es claro que ha sido formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

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

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

Sin embargo, se 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 el interesado reclama una indemnización por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de su esposa tras el diagnóstico y abordaje tardíos de una dolencia cardíaca.

Acreditada la efectividad del daño sufrido 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 el interesado 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 el reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles, 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 analizado, el interesado sostiene que se ha producido por parte de los profesionales del servicio público de salud una vulneración de la *lex artis ad hoc* y de los protocolos médicos, así como un abandono asistencial.

Fundamenta su pretensión, en primer lugar, en que el 19 de diciembre de 2019 (un día antes del fallecimiento) la paciente fue diagnosticada en el centro de salud de gastroenteritis, mientras que los síntomas que presentaba (dolor en el brazo izquierdo y vómitos) y los factores de riesgo que la afectaban (tabaquismo activo, hipercolesterolemia y patología cardiovascular) serían sugerentes de estar sufriendo una patología cardíaca, por lo que la realización de un electrocardiograma podría haber evidenciado el problema coronario que sufría y facilitado un tratamiento que evitase el fallecimiento. Por otra parte, sostiene que ha existido un retraso en la movilización de los recursos sanitarios el día 20 de diciembre de 2019, puesto que el marido de la fallecida solicitó una ambulancia a las 13:13 horas sin que dicho vehículo llegase a su domicilio hasta las 14:05 horas (53 minutos después); asimismo, pone de relieve que tras el aviso del SAMU al centro de salud los recursos movilizados no acudieran al domicilio hasta las 13:35 horas (22 minutos después de la llamada), cuando el citado centro sanitario se encuentra a 10 minutos andando. Finalmente, reprocha a la Administración el hecho de que a pesar de la gravedad de la patología se hubiese enviado una ambulancia de soporte vital básico en vez de una de soporte vital avanzado, y que una vez personados los profesionales del centro de salud no realizasen una prueba preceptiva como es el electrocardiograma.

Con base en ello, el reclamante considera que se habría producido una pérdida de oportunidad terapéutica derivada del retraso asistencial, de la ausencia de pruebas complementarias adecuadas (electrocardiograma) y de la no activación a tiempo del "Código Corazón", con el resultado final de fallecimiento de la paciente.

Como apoyo de sus pretensiones, presenta el informe pericial evacuado por un especialista en Neumología y en Valoración del Daño Corporal en el que se señala que la diagnosis efectuada el 19 de diciembre de 2019 infravalora los síntomas de la paciente (dolor irradiado a brazo izquierdo y dos episodios de

vómitos, con síntomas durante la madrugada en reposo) y sus antecedentes personales (tabaquismo activo, hipercolesterolemia y patología cardiovascular), que hubiese sido necesaria la realización de un electrocardiograma y que el diagnóstico de gastroenteritis aguda era claramente erróneo al faltar el síntoma cardinal de esta entidad, que es la diarrea. Asimismo, critica que al día siguiente no se hubiese realizado un electrocardiograma en el domicilio, prueba que estima básica en todo paciente con un síncope y que hubiese permitido la activación del “Código Corazón” y la remisión de la paciente al centro hospitalario de referencia para estos casos, con tiempo suficiente para efectuar un intervencionismo coronario percutáneo.

Planteada en estos términos la controversia, procede descender al fondo de la cuestión a la luz del resto de la documentación obrante en el expediente.

En primer lugar, y con relación a la atención recibida el 19 de diciembre de 2019, a la vista de lo consignado en la historia clínica de Atención Primaria y del informe de la Médica de Familia de 11 de febrero de 2021 se constata que la paciente presentaba un cuadro de vómitos (“uno de madrugada y otro por la mañana”) con tolerancia oral tras la toma de una infusión y sin que presentase diarrea, dolor abdominal ni fiebre, y que aunque aquella manifiesta en la consulta seguir con nauseas, dado su buen estado general y al no referir ninguna otra sintomatología, se sospecha de probable gastroenteritis, pautándose suero oral y dándosele información sobre hidratación, alimentación y observación domiciliaria.

Por su parte, el informe pericial evacuado a instancias de la compañía aseguradora de la Administración refiere que la enferma no manifestaba una sintomatología que hiciera pensar que estaba sufriendo un infarto agudo de miocardio -no presentaba dolor torácico, disnea, sudoración, mal estado general, ni ninguna otra manifestación típica-, resultando acertado sostener como diagnóstico más probable el de gastroenteritis aguda puesto que, si bien una definición estricta de esta patología conlleva diarrea, en la práctica clínica es bastante frecuente que una gastroenteritis comience por vómitos y que solo más adelante aparezca la diarrea, o que incluso esta no llegue a aparecer. En esta línea, la propuesta de resolución indica que la paciente fue atendida en el centro

de salud por vómitos y que el diagnóstico de gastroenteritis aguda resulta concordante con los signos y la exploración clínica.

En definitiva, las periciales incorporadas al expediente permiten concluir que la sintomatología que presentaba la paciente el 19 de diciembre de 2019 no era inequívocamente indicativa de un infarto agudo de miocardio, siendo compatible, a pesar de la ausencia de todos los síntomas (diarrea), con una gastroenteritis y teniendo en cuenta que se trataba de una sintomatología inicial (vómito de madrugada y la misma mañana de la consulta); por este motivo la indicación médica fue de "observación domiciliaria y si empeoramiento acudir de nuevo". En este punto, resulta relevante subrayar que en la historia clínica relativa a la asistencia prestada por la Médica de Atención Primaria el día 19 de diciembre de 2019 no se señala ninguno de los síntomas cardiorrespiratorios específicos que se recogen en el formulario, ni tampoco se reflejan otros en el informe emitido por la propia facultativa el día 11 de febrero de 2021, ajustado a los datos reflejados en la historia clínica. En atención a las circunstancias y la sintomatología de la paciente cabe concluir que la asistencia dispensada en la consulta de Atención Primaria fue correcta, sin que resulte razonable, a la luz de la impresión diagnóstica alcanzada, exigir la realización de un ecocardiograma, a diferencia de lo que se indica en la reclamación y la pericial que a ella se acompaña. En relación con los niveles asistenciales de los Servicios de Urgencias y de Atención Primaria, hemos reiterado en ocasiones anteriores (entre otras, Dictámenes Núm. 137/2020 y 177/2021) que "lo exigible al servicio, tanto en atención primaria como en urgencias, es una asistencia adecuada a los síntomas por los que la paciente acude, ponderada la respectiva naturaleza de esos servicios ya que el nivel asistencial en cuanto a medios y pruebas no puede equipararse entre unos y otros y considerada la improcedencia de realizar pruebas indiscriminadas o aleatorias o de someter a los enfermos a estudios invasivos ante la menor sospecha, lo que no es asumible por el servicio público sanitario ni se ajusta a los requerimientos del cuidado de la salud".

En segundo lugar, respecto a la asistencia prestada en el domicilio de la paciente el día 20 de diciembre de 2019, lo que primero debe analizarse es si se

ha producido un retraso en la movilización de los recursos sanitarios. Para ello, debemos partir del hecho de que la llamada del marido de la paciente se efectúa a las 13:13 horas (folios 62 y 64). En ese momento, la información aportada por el SAMU acredita que la totalidad de los medios móviles disponibles están ocupados.

Consta en el expediente el informe del SAMU en el que se da cuenta tanto de los recursos disponibles en el Área Sanitaria V (Gijón), como de su movilización el día 20 de diciembre de 2019 (folio 63), precisándose en él que el Área Sanitaria V en Gijón dispone de "2 ambulancias soporte vital avanzado (...) (indicativos UME 5 y UME 10 -ambulancia mixta, actúa también como traslado secundario extrahospitalario de distintas áreas sanitarias, también como (ambulancia soporte vital avanzado) en franja horaria nocturna-)./ 3 ambulancias soporte vital básico (...) (indicativos BETA 50-51-52)./ 1 ambulancia convencional en Gijón (indicativo URG 53)". En cuanto a la movilización de las ambulancias de soporte vital avanzado (UVI-móvil) del Área Sanitaria V correspondientes al día 20 de diciembre 2019 en la franja horaria de 13:00 a 14:30 horas, se especifica lo siguiente: "Ambulancia soporte vital avanzado (UME 5)./ Incidente 256, solicitada a las 12:37 horas. Ocupada desde las 12:39 horas a las 13:20 horas (urgencia desde centro de salud de Gijón al Hospital de Cabueñes, en Gijón)./ Incidente 280, solicitada a las 13:07 horas, ocupada desde las 13:20 horas a las 15:39 horas (en traslado desde Hospital de Jove, de Gijón, al HUCA, Oviedo)./ Ambulancia soporte vital avanzado (UME 10)./ Incidente 220, ocupada desde las 11:47 horas (solicitud del Hospital de San Agustín) a las 13:36 horas (en traslado desde el Hospital de San Agustín, de Avilés al HUCA, Oviedo)./ Incidente 256, ocupada desde las 13:59 horas (hora de la incidencia) a las 14:49 horas, desde domicilio en Gijón al Hospital de Cabueñes".

Dado que todos los efectivos móviles estaban ocupados en otros servicios, el operador se pone en contacto con el Centro de Salud para que acuda personal del centro al domicilio. En ese momento su médico de Atención Primaria se encuentra atendiendo otra urgencia, por lo que se le asigna a otro médico el aviso. A las 13:35 horas la médica y la enfermera del centro de salud acuden al

domicilio de la paciente, y la médica constata que esta se ha recuperado “un poco”, por lo que solicita su traslado al hospital de referencia -Fundación Hospital-, que se efectúa en la ambulancia de soporte vital básico B51 que ya estaba disponible. Hasta el momento del traslado, a las 14:08 horas, la paciente permanece acompañada por la médica y la enfermera.

Queda acreditado en el expediente que no estaba disponible ninguno de los medios móviles asignados al Área Sanitaria V (Gijón) en el momento del aviso. No obstante, en 22 minutos acuden al domicilio una médica y una enfermera del Centro de Salud, un tiempo de respuesta que cabe considerar como razonable teniendo en cuenta que, tras verificar que todas las unidades móviles estaban ocupadas, se tuvo que contactar con el centro de salud y reasignar el servicio a un médico distinto al de la paciente, puesto que su médico de Atención Primaria estaba atendiendo otra urgencia.

Una vez despejada la cuestión relativa a la movilización de los recursos sanitarios disponibles a la hora del aviso, debe dilucidarse a continuación si la actuación médica dispensada en el domicilio con carácter previo al traslado fue correcta.

El informe de la médica que atiende a la enferma, emitido el 17 de febrero de 2021, señala que “se solicitó atención domiciliaria urgente a través del 112 por disminución del nivel conciencia. Al no encontrarse su médico de Familia en el centro de salud, por incidencia, se me asigna dicha atención. El SAMU me comunica que en ese momento no cuentan con transporte sanitario urgente pero se movilizará el primero disponible. Así mismo, advierto que no disponemos en el centro de salud de maletín de emergencias (circulatorio y vía aérea) puesto que están siendo utilizados en otro aviso. Acudimos por tanto por nuestros propios medios al domicilio. Conviviente describe episodio de disminución del nivel de conciencia prolongado, recuperado a nuestra llegada aunque con importante afectación del estado general. Se intenta coger acceso venoso resultando imposible./ Tras valoración se reclama desde domicilio UVI móvil o ambulancia de soporte vital básico, en (la) que finalmente se traslada a la paciente al Servicio de

Urgencias” de la Fundación Hospital, “acompañada en todo momento por médica y enfermera”.

En este punto, resulta preciso detenerse en la advertencia que hace la médica de que no dispone de maletín de urgencias puesto que estaba siendo utilizado en otra urgencia. Sobre dicha circunstancia, y de acuerdo con la facultad prevista en el artículo 37.3 de su Reglamento de Organización y Funcionamiento, este Consejo solicitó información complementaria para conocer si la dotación de maletines de urgencias del Centro de Salud era la adecuada. En el informe emitido el 29 de marzo de 2022 se reseña que, “cumpliendo lo que indica el protocolo `Dotación unificada de los carros de RCP y maletines de urgencias de los centros de salud/consultorios periféricos del Área V. Normas de uso´, la dotación mínima de cualquier centro/consultorio es de 1 equipo de maletines (2 en total, maletín 1 y maletín 2), y que en aquellos centros donde se realiza atención continuada y hay más de un equipo de profesionales (médico-enfermera) haya otro equipo de maletines más, como es el caso de”. En el mismo informe se señala expresamente que “en tienen 2 equipos de maletines. Cada equipo consta de un maletín 1 y de un maletín 2, en los que se distribuye el material sanitario y fármacos contemplados en el protocolo vigente”. Además, el informe aclara que “en el protocolo actual no hay indicación de inclusión de dispositivo para realizar ECG en los maletines de urgencia, toda vez que en caso necesario se activaría la solicitud de la UCI móvil a través del 112”.

Por tanto, la dotación de maletines de urgencia del Centro de Salud se ajusta a la previsión del protocolo, si bien se produjo el infortunio de que en ese día y momento hubo una acumulación de urgencias que impidieron su utilización en la asistencia de referencia. No obstante, la disponibilidad de los maletines tampoco hubiera permitido hacer un electrocardiograma a la paciente en su domicilio, puesto que tal dispositivo no se incluye -según el protocolo- dentro de la dotación de los maletines de urgencia; circunstancia que el reclamante considera determinante de un retraso en la activación del Código Corazón.

De acuerdo con los datos que obran en el expediente y el informe complementario emitido por el servicio de salud, la asistencia médica en el

domicilio fue adecuada a la *lex artis* y los profesionales médicos contaron con los medios disponibles en aquel momento. Tuvieron en cuenta el estado de la paciente, su recuperación “aunque con importante afectación del estado general” y arbitraron la solución que permitía el traslado inmediato a su hospital de referencia -la Fundación Hospital- haciendo uso de la ambulancia disponible en aquel momento, la de soporte vital básico B51.

En el mismo sentido, en el informe pericial emitido por la entidad aseguradora de la Administración se afirma “que para un buen funcionamiento de las urgencias y emergencias extrahospitalarias, dado que los recursos son limitados, es necesario hacer un buen uso de estos y usar las UVI solo cuando sean imprescindibles para que puedan estar disponibles en caso de ser necesarias en una emergencia. Por este motivo, en este caso fue adecuado enviar un soporte vital básico (...). Estas actuaciones fueron totalmente adecuadas a la *lex artis*, y se pusieron a disposición de la paciente todos los medios disponibles ya que (...) los recursos móviles son limitados y aunque lo ideal hubiera sido enviar una UVI móvil que llegara al domicilio en pocos minutos en este caso no fue posible ya que no había ninguna disponible”.

Estas circunstancias impiden que pueda compartirse la consideración que hace el reclamante sobre la demora en la activación del “Código Corazón”, pues esta, como es lógico, debe partir de un diagnóstico de infarto agudo de miocardio (IAM) que requiere la realización de un ECG, según especifica el documento “Código Corazón. Estrategia de reperfusión precoz en el síndrome coronario agudo con elevación del ST en el Principado de Asturias”. En este caso, el diagnóstico se realiza en la Fundación Hospital, y con carácter inmediato se activa el “Código Corazón” y se prepara el traslado de la paciente a la Unidad de Hemodinámica del Hospital, Así lo evidencia el informe del Servicio de Urgencias de la Fundación Hospital de 14 de abril de 2021, en el que se señala que “en el monitor se objetiva elevación del ST en el ECG, por lo que se sospecha ya de entrada infarto agudo de miocardio (IAM), y se realiza un ECG de 12 derivaciones, donde se concluye IAM./ Según los protocolos regionales, ante el

diagnóstico por ECG de IAM se activa el 'Código Corazón', contactando inmediatamente con el 112".

Así las cosas, los informes que constan en el expediente y la información complementaria recabada a instancia de este Consejo Consultivo acreditan que el servicio de salud movilizó todos los recursos disponibles para atender a la paciente, si bien se encontró con la circunstancia adversa de que a la hora de la llamada todas las ambulancias del Área Sanitaria V estaban ocupadas en otros servicios, y que al mismo tiempo había una acumulación de urgencias que debían atender los profesionales del Centro de Salud Ello no impidió que se prestara a la paciente asistencia médica con todos los medios de que se disponía, tanto en su domicilio como más tarde en su hospital de referencia, aunque, sin embargo y por desgracia, no alcanzaron a evitar el fatal y luctuoso desenlace.

En todo caso, no cabe exigir a la Administración sanitaria una disponibilidad de medios ilimitada, puesto que el carácter finito de los recursos públicos es consustancial a su propia naturaleza. Lo que sí ha de reclamarse a los servicios públicos sanitarios es una adecuada gestión de los medios, incluso en situaciones de presión asistencial como la aquí acontecida. Los protocolos son un instrumento útil que contribuye a cumplir esta finalidad ya que, elaborados a partir de criterios científico-técnicos, establecen y distribuyen de antemano los medios mínimos que cada centro debe tener y ordenan las actuaciones clínicas a desarrollar ante los eventos e incidentes que en ellos se contemplan. Se erigen así como un criterio objetivo para valorar la prestación del servicio sanitario. En este caso, se puede comprobar que el servicio de salud ha cumplido con los protocolos establecidos, tanto en lo que se refiere a disponibilidad del material (maletines de urgencia) como a la movilización de las ambulancias existentes y a la activación del Código Corazón en el momento en que se contó con el correspondiente criterio diagnóstico.

En conclusión, no se objetiva negligencia alguna pues la actuación del personal y del sistema sanitario público fue correcta y adaptada a la *lex artis*, según se desprende de unos informes que en ningún momento han sido desvirtuados por el reclamante, quien, por otra parte, no ha comparecido en el

trámite de audiencia y ejercido su derecho a presentar alegaciones o pericias para ello.

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,