

Dictamen Núm. 117/2024

**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 20 de junio de 2024, 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 14 de marzo de 2024 -registrada de entrada el día 19 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños derivados del fallecimiento de su hermana, que atribuye a la demora en una asistencia urgente domiciliaria.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** Con fecha 1 de septiembre de 2023, la interesada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados del fallecimiento de su hermana, que achaca al retraso en la atención solicitada al servicio de emergencias.

Expone que el día 10 de diciembre de 2022 su familiar “se encontraba en su domicilio” y “comenzó a encontrarse mal, presentando un cuadro de pérdida de conocimiento y fallo cardiorrespiratorio”, por lo que su pareja llamó “al 112

al objeto de que, con la mayor rapidez, se desplazaran al domicilio (...) para su atención”, tardando en llegar “la UVI móvil (...) 24 minutos” pese a “la escasa distancia” -“tan sólo 2,5 km”- que separa la calle ..... del hospital, que en coche se recorre en “7 minutos”. Explica que “en el propio domicilio trataron de reanimarla durante 5 minutos y, dado su estado, decidieron trasladarla” al Hospital ....., empleando en llegar otros 20 minutos, y precisa que debido al “gran lapso de tiempo transcurrido sin atención médica no pudo superar su estado y falleció a los 5 días”.

Considera que “la enorme e injustificada tardanza en la llegada de la UVI y su posterior traslado al (Hospital .....) fue determinante en el fallecimiento de la misma”, y que la falta de atención provocó “la pérdida de oportunidad de un tratamiento y, en consecuencia, que se produjera la muerte” de su hermana, pues “si hubiera sido atendida con más rapidez es previsible que hubiera podido recuperarse y no se le hubieran producido los daños irreversibles que dieron como resultado su fallecimiento por la tardanza en la intervención médica, pese a la escasísima distancia al centro hospitalario”.

Cuantifica la indemnización que solicita en diecisiete mil euros (17.000 €).

Propone prueba documental, consistente en la incorporación al expediente de las “grabaciones telefónicas de las llamadas efectuadas al 112”, y testifical de la pareja de su hermana, que la acompañaba en el momento de los hechos.

Adjunta certificado de defunción de su familiar y una copia del Libro de Familia, así como diversa documentación médica relativa al proceso asistencial y el cálculo de la distancia entre el domicilio de su hermana y el hospital según Google.

**2.** Mediante oficio de 3 de octubre de 2023, la Jefa de la Sección de Apoyo del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación, el nombramiento de

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

**3.** Previa solicitud formulada por la Instructora del procedimiento, el 19 de octubre de 2023 la Directora de Atención y Evaluación Sanitaria del Servicio de Salud del Principado de Asturias le remite el informe suscrito el día 16 del mismo mes por la Jefa de la Unidad de Coordinación del Programa Marco de Atención a las Urgencias y Emergencias Sanitarias sobre la asistencia prestada por el SAMU a la fallecida.

Con fecha 29 de noviembre de 2023, una responsable del Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos de la Gerencia del Área Sanitaria IV le envía una copia de la historia clínica de la paciente obrante en el Hospital ..... y el informe elaborado por el Servicio de Medicina Intensiva.

**4.** El día 14 de diciembre de 2023, la Instructora del procedimiento emite un informe técnico de evaluación en el que analiza la atención dispensada por la Unidad de Coordinación del Programa Marco de Atención a las Urgencias y Emergencias Sanitarias, concluyendo su adecuación y la procedencia del sentido desestimatorio de la reclamación.

**5.** Mediante oficio notificado a la interesada el 28 de diciembre de 2023, la Instructora del procedimiento le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándole una copia de los documentos obrantes en el expediente.

El día 12 de enero de 2024, la reclamante presenta un escrito de alegaciones en el que considera que el informe técnico de evaluación reconoce implícitamente “una defectuosa actuación” al estar ocupadas dos de las UMES movilizadas en otros servicios.

A su juicio, “todos los recursos disponibles eran únicamente 2 ambulancias que se encontraban prestando otras asistencias, prueba evidente

de que no existían suficientes medios y que no se había efectuado una previsión correcta de la posible demanda”.

**6.** Con fecha 16 de enero de 2024, la Instructora del procedimiento acuerda denegar las pruebas propuestas de “incorporación al expediente de la grabación de las llamadas telefónicas al 112 y (...) testifical” de la pareja de la fallecida, razonando que dado el objeto de las mismas, “acreditar el retraso en la asistencia urgente domiciliaria, del que consta cronología en el informe obrante en el expediente emitido por la Jefa de Unidad de Coordinación del Programa Marco de Atención en las Urgencias y Emergencias Sanitarias”, resulta innecesaria su realización.

**7.** El día 22 de febrero de 2024, la Instructora del procedimiento formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella señala que, con base en la documental obrante en el expediente y a falta de pericial de parte que la contradiga, “consta acreditado 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 la UME 4 estaba ocupada en otro servicio”, lo que “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 (...) no alcanzaron a evitar el fatal desenlace”.

**8.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 14 de marzo de 2024, 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.

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 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 1 de septiembre de 2023, situándose el *dies a quo* en la fecha del fallecimiento de la perjudicada, que tuvo lugar el día 15 de diciembre de 2022, 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 de los servicios afectados, 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 la interesada reclama una indemnización por los daños y perjuicios sufridos tras el fallecimiento de su hermana, que atribuye al retraso en recibir atención médica tras una parada cardiorrespiratoria.

La documentación incorporada al expediente acredita el fallecimiento de la paciente, por lo que presumimos que, dado el vínculo existente entre ambas, la interesada ha sufrido un daño moral cierto.

No obstante, debemos 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 *per se* la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo aparece 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. 93/2023), al servicio público sanitario le compete 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, 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 que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los 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. Esto es, la responsabilidad patrimonial no sólo requiere que se constaten deficiencias en la atención médica prestada, sino también que el perjuicio cuya reparación se persigue sea una consecuencia o tenga como factor causal dicha prestación sanitaria.

Articulándose la reclamación sobre una supuesta pérdida de oportunidad terapéutica por retraso asistencial, corresponde a la perjudicada y no al servicio público la carga de probar, al menos como hipótesis posible, su afirmación de que una anticipada derivación hospitalaria habría variado las posibilidades de supervivencia de su familiar, acreditación ausente en el caso de analizamos.

En el supuesto examinado, la reclamante sostiene que la defunción de su hermana, que ocurrió en el hospital al que fue trasladada desde su domicilio cinco días después del ingreso, fue debida al perjuicio ocasionado por el retraso en que incurrió el transporte sanitario requerido. A su juicio, existió una "enorme e injustificada tardanza en la llegada de la UVI y su posterior traslado al (Hospital .....)", determinante "en el fallecimiento de la misma"; demora a la que achaca la existencia de una pérdida de oportunidad en la recepción de un tratamiento adecuado a la patología que sufrió, pues la asistencia fue recabada tras una parada cardiorrespiratoria. Expresa que esta última originó "daños irreversibles" que culminaron con su muerte, si bien no aporta pericial alguna que relacione, por una parte, la alegada dilación con el sufrimiento de secuelas determinantes del óbito, que -según hemos señalado- tuvo lugar días después, y, por otra, justificación alguna de los tiempos idóneos de atención. Respecto a este último extremo, en el trámite de audiencia precisa que del informe técnico de evaluación se desprende que "los recursos disponibles" consistían "únicamente" en "2 ambulancias, que se encontraban prestando otras asistencias, prueba evidente de que no existían suficientes medios y que no se había efectuado una previsión correcta de la posible demanda", siendo

“precisamente esa falta de previsión a la hora de establecer las unidades médicas de atención mínimas necesarias la que conllevó el enorme retraso en la asistencia”, con la circunstancia agravada -según destaca- de que en la llamada al servicio de emergencias (112) ya se había advertido la existencia de riesgo vital. Añade que “no hace falta (...) aportar pericial alguna para acreditar un retraso en la intervención cuando de la simple lectura se puede deducir por lógica”, pues “la llamada inicial se efectuó como consta en el folio 35 a las 2:04 horas y el ingreso en el (Hospital .....) fue a las 3:17 horas”, subrayando que desde el hospital hasta el domicilio “la distancia es de tan sólo 2,5 km”, y cifra el tiempo de recorrido de la misma en siete minutos.

Por su parte, el informe técnico de evaluación explica el marco regulatorio de la asistencia urgente prestada, dentro del cual se incluye la Guía del Ministerio de Sanidad y Política Social de “Organización de la Atención a la Urgencia Extrahospitalaria”, detallando sus “criterios de funcionamiento” para el Principado de Asturias. Asimismo, recoge el “cronograma asistencial desde el momento de la llamada al 112 (...) hasta el ingreso en UVI”, precisando que la llamada fue recibida a las “2:04 horas (...) en el CCU SAMU”, siendo objeto de “valoración por el médico (...) y por enfermería”, iniciándose “maniobras de RCP telefónica mediante el masaje cardíaco externo aportado por el testigo. Simultáneamente se activan las Unidades de Soporte Vital Avanzado (B-41) y el equipo médico” del Centro de Salud “X”, “así como la Unidad de Soporte Vital Avanzado localizada” en el Centro Salud “Y”. Señala que a las 2:06 horas “se informa la activación de la UME 7”, a las 2:08 horas la activación de “la SVB Beta 41 y del Equipo de Atención Primaria” y a las 2:12 horas “se solicita posición de la UME 4 -a 5 minutos del (Hospital .....), con transferencia del paciente, 3 minutos. Total 8 minutos para su disponibilidad-. Posición de la UME 7 (a 25 km. Total 20 minutos para su disponibilidad)”, por lo que a las “2:15 horas” se produce “asignación a UME 4 y anulación UME 7”, llegando al domicilio el soporte vital básico y el equipo de Atención Primaria movilizado a las 2:21 horas. A las 2:23 horas “llegada al domicilio de UME que inicia RCP avanzada de paciente en parada cardíaca”, recuperándose el “ritmo cardíaco” a

las "2:40 horas", por lo que se inician "cuidados posresucitación hasta llegada al (Hospital .....)". El ingreso hospitalario tiene lugar a las 3:17 horas, momento en el que se le realizan diversas pruebas (electrocardiograma, TC craneal), siendo el diagnóstico de "encefalopatía posanóxica tras PCR recuperada".

Tras reseñar el período de ingreso en UVI, en el que la evolución fue desfavorable, "ante la irreversibilidad de la situación, previa explicación exhaustiva a la familia, se acuerda la retirada de medidas de soporte e inicio de proceso de donación de órganos", teniendo lugar el fallecimiento el día 15 de diciembre de 2022.

Concluye que "los informes que constan en el expediente 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 las UME 4 y UME 7 estaban ocupadas en otros servicios", lo que "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 (...) no alcanzaron a evitar el fatal desenlace".

Por su parte, el informe emitido por la Jefa de la Unidad de Coordinación del Programa Marco de Atención a las Urgencias y Emergencias Sanitarias, en el que se basa la cronología expuesta en el informe técnico de evaluación, precisa que la movilización de la Unidad de Soporte Vital Avanzado localizada en el Centro de Salud "Y" se realizó por ser "la unidad avanzada más cercana, ya que la Unidad de Soporte Vital Avanzado ..... (UME 4) se encuentra ocupada en el incidente n.º 36" de ese día, activándose la UME 7 a las 2:06 horas; esto es, dos minutos después de la llamada. Añade que, dado que a las 2:12 horas la UME 4 indicó una posición más cercana al domicilio, se anuló la UME 7.

Expuestos según antecede los términos de la controversia debemos advertir, en cuanto a los dos aspectos destacados como carentes del necesario soporte probatorio por parte de la reclamante, que la Administración sanitaria tampoco desvincula médicamente el fallecimiento de la paciente de los efectos de la parada cardiorrespiratoria sufrida cinco días antes del ingreso hospitalario, pese a constar en la historia clínica que se recuperó de ella. Al respecto,

debemos recordar que en el Dictamen Núm. 180/2018 -emitido a propósito de una reclamación de responsabilidad patrimonial en la que los familiares de la paciente achacaban su fallecimiento al retraso “en la movilización de los medios apropiados por parte del SAMU”- afirmamos, con el debido fundamento técnico médico, que “el fallecimiento de la madre de los perjudicados no puede imputarse (...) a una mala gestión del servicio público de emergencias sanitarias, que puso a disposición de la paciente los recursos con que contaba para atender la urgencia, sino a la gravedad del infarto que aquella sufrió y que le produjo una parada cardiorrespiratoria; evento este que es gravísimo, generador de secuelas muy importantes y de altas tasas de mortalidad, hasta el punto de que, según se recoge en el informe del Jefe de la Unidad SAMU Asturias (...), de todos los afectados solo el 10,8 % de los pacientes consigue salir con vida del hospital, y de estos únicamente el 7,5 % tiene un rendimiento cerebral al cabo de un año que le permite llevar una vida normal”. En relación con el mismo supuesto, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 17 de junio de 2020 -ECLI:ES:TSJAS:2020:1358- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª) reflejaba como “dato objetivo vertido por el Jefe de la Unidad SAMU y no controvertido de la gravedad del infarto que sufrió y que le produjo una parada cardiorrespiratoria, fuente de secuelas muy importantes y altas tasas de mortalidad, cifrándose en tan solo 0,8 % la cifra de los pacientes que consiguen salir con vida del hospital, y de estos únicamente el 7,5 % tiene rendimiento cerebral normal y útil, al cabo de un año”, afirmando, tras hacer referencia a las manifestaciones vertidas por la perito judicial, que “la patología de la infortunada tendría mal pronóstico vital y neurológico”.

Pese a ser sumamente ilustrativas sobre la naturaleza de la patología sufrida, dichas consideraciones no resultan aplicables al supuesto que nos ocupa, por lo que debemos asumir la premisa de que las secuelas de la parada fueron determinantes (siquiera parcialmente) de la defunción, aun cuando esta no se produjera de forma inmediata en relación con la asistencia sanitaria por la

que se reclama, toda vez que la muerte no tuvo lugar en el domicilio ni en el momento del ingreso, sino varios días después.

Procede, por tanto, detenernos en la concreta imputación que se efectúa, centrada en la tardanza de la ambulancia. Al respecto, no cabe compartir -tal y como pretende la reclamante- que resulte innecesaria prueba al efecto pues, según se deduce del informe incorporado al expediente a instancia de la Administración, la previsión de medios y recursos está sometida a una planificación acorde a unos criterios de funcionamiento previamente formulados. Por tanto, la consideración sobre la suficiencia de los medios no resulta subjetiva, sino que está sometida al cumplimiento de un estándar predeterminado, descrito en el informe anteriormente citado.

Con carácter preliminar, no resulta superfluo referirnos como cuestión adicional -planteada a propósito de supuestos análogos en los que se analiza si la coordinación de la demanda sanitaria urgente llevada a cabo por el SAMU es adecuada (por todos, Dictamen Núm. 27/2017)- a la dificultad que entraña la tarea de decidir qué dispositivo ha de movilizarse en cada caso concreto, "habida cuenta del medio y las circunstancias en que se realiza". Según razonábamos entonces, "cuando la asistencia urgente la solicita el propio paciente o indirectamente sus allegados -como sucedió en este caso- el operador del SAMU ha de realizar un diagnóstico de la gravedad de la dolencia o dolencias que pudiera presentar el enfermo, de la premura con que debe atenderse y del tipo de asistencia (básica o especializada) que se requiere en cada caso, todo ello en un breve espacio de tiempo y mediante la interpretación de los signos que refieren por vía telefónica los demandantes de asistencia, habitualmente legos en medicina. Si, como viene señalando reiteradamente este Consejo, la *lex artis* médica no incluye la obligación de diagnóstico certero en todos los casos, incluidos aquellos en los que el responsable de la atención puede examinar directamente al paciente, mucho menos puede establecerse la existencia de un deber general de evaluación infalible a cargo de los operadores del SAMU, atendidas las circunstancias en que se desarrollan sus funciones". En el caso concreto que se examina, no ofrece duda que los recursos elegidos

fueron correctos -aspecto que, por otra parte, la reclamante no cuestiona- ante una situación en la que la paciente presentaba pérdida de conocimiento y ausencia de respiración en un contexto de ingesta combinada de bebidas alcohólicas y medicación. Según detalla el informe técnico de evaluación, se indicaron maniobras de reanimación con instrucción telefónica al acompañante de la paciente y se activaron dos unidades de soporte vital avanzado, así como el equipo médico de Atención Primaria de un centro de salud y otra unidad de soporte vital básico. Se plantea entonces si -como aduce la reclamante en el trámite de audiencia a la vista de los informes emitidos por la Administración- existió una insuficiencia de medios por la disponibilidad de sólo dos ambulancias -tipo UME- "que se encontraban prestando otras asistencias", considerando que se produjo un demora muy importante, al tiempo que reprocha que "no se articularan otros medios de atención". Al efecto, subraya la referencia del informe técnico de evaluación a la "circunstancia adversa de que a la hora de llamada las UME 4 y (...) UME 7 se encontraban ocupadas en otros servicios".

Pues bien, resulta imprescindible despejar la confusión que suscita esta aseveración del informe técnico de evaluación asumida por la reclamante, y es que de acuerdo con el informe de la Jefa de la Unidad de Coordinación del Programa Marco de Atención a las Urgencias y Emergencias Sanitarias sólo una UME, la 4, más cercana al lugar al encontrarse en "X", se hallaba "ocupada en el incidente n.º 36" ese día en el momento exacto en el que se produce la llamada, motivo por el cual se articuló la presencia de la UME 7, localizada en "Y". En el lapso de ocho minutos desde la llamada, al comprobarse que la UME 4 podría comparecer en un plazo más breve una vez transferido el paciente al que estaba atendiendo al hospital, se procedió a reasignarle la asistencia, anulando la UME 7. Así lo entiende la propuesta de resolución, que concluye con base en la documental obrante en el expediente y a falta de pericial de parte que la contradiga que "consta acreditado 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 la UME 4 estaba

ocupada en otro servicio”, sin hacer referencia alguna a la UME 7, cuya comparecencia no obedecía a razones de ocupación sino de distancia, actuándose en suma de forma diligente para asignar en tiempo real la unidad más cercana.

En otro orden de cosas, entendemos que el informe técnico de evaluación incurre en error al transcribir el informe de la responsable de la Unidad, pues esta indica que en el momento de la llamada (2:04 horas) “simultáneamente se activan las unidades de soporte vital básico (B-41) y el equipo médico del CS `X´”, mientras que aquel refiere que a esa hora “simultáneamente se activan las unidades de soporte vital avanzado (B-41) y el equipo médico del CS `X´”; dado que ambos aluden también a la activación de la “SVB Beta 41”, sólo cabe entender que tales siglas corresponden a la unidad de soporte vital básico que acudió al domicilio.

Tras las necesarias aclaraciones y a la vista de los referidos informes, consideramos que no puede compartirse que no existiera una movilización de recursos adecuados, ni que los únicos exclusivamente útiles para la atención de la paciente fueran las citadas unidades móviles de emergencia, pues incluso antes -simultáneamente a la llamada- se había activado una unidad de soporte vital básico y el equipo de Atención Primaria, que llegaron a la vez al domicilio (dos minutos antes que la UME 4). Según la explicación técnica facilitada en el informe técnico de evaluación, “la diferencia entre un SVA” (que se equipara funcionalmente al UME) y un “SVB” es que estos últimos carecen de respirador y monitor de desfibrilador, “así como del personal sanitario en ruta”, pero lo cierto es que en el caso que nos ocupa -en el que no se cuestiona la carencia de instrumental específico (el desfibrilador)-, el desplazamiento conjunto de una unidad de soporte vital básico y del equipo de Atención Primaria garantizaba la atención por personal sanitario *in situ* (con el material del que disponga y que cabe presumir era adecuado al aviso) y la posibilidad de traslado. Sin que pueda despreciarse tampoco, a la vista del resultado inmediato -pues la paciente se recuperó de la parada en su domicilio-, la actuación llevada a cabo

por su acompañante, quien efectuó masaje cardíaco externo siguiendo instrucciones a distancia.

En relación con la suficiencia de medios, hemos señalado también en el Dictamen Núm. 27/2017 que “ha de tenerse presente que, siendo limitados los medios de que se dispone para la prestación de la atención sanitaria, su gestión eficiente ha de realizarse conforme a un lógico principio de razonabilidad, y así, aun cuando todas las llamadas que se derivan al SAMU presuponen la necesidad de una atención urgente o, lo que es lo mismo, que no puede esperar a ser tratada por los cauces asistenciales ordinarios, la respuesta que aquel Servicio haya de dar a las demandas de asistencia ha de resultar acorde con la estimación previamente efectuada de la gravedad y pronóstico de cada una de las situaciones, tanto individualmente consideradas como en relación con otras que deban ser simultáneamente atendidas, al objeto de evitar que se consuman medios extraordinarios en asistencias que pueden ser atendidas con los ordinarios. Lógicamente, las posibilidades de éxito asistencial se incrementarían si se remitiese una unidad dotada de los recursos más avanzados a todos los domicilios para los que se solicitase atención médica urgente, pero siendo el coste de tal medida inasumible el estándar del servicio debe conformarse con facilitar a los enfermos los medios disponibles y adecuados, teniendo en cuenta la evaluación previa de su situación realizada por personal especializado”.

Más recientemente, hemos tenido ocasión de advertir en el Dictamen Núm. 72/2022 -en un supuesto en el 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” de referencia, que “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 (...) no alcanzaron a evitar el fatal y luctuoso desenlace”. Concluíamos entonces, en

consideración plenamente aplicable al supuesto que nos ocupa, que “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”, que en el supuesto analizado se refiere a la movilización no sólo de un determinado tipo de “ambulancias”, a las que alude en exclusiva la reclamante en el trámite de audiencia (las reiteradas UME), sino también a los medios que permitieron facilitar una asistencia en el propio domicilio, en el que se alcanzó una recuperación de la parada cardiorrespiratoria sufrida. En particular, estimamos en el citado Dictamen Núm. 72/2022 como tiempo de respuesta “razonable” el de “22 minutos” entre la llamada y la personación en el domicilio de dos profesionales de Atención Primaria (médica y enfermera), y valorábamos al efecto el hecho de que en ese lapso temporal se procedió a la verificación de la ocupación de todas las unidades móviles disponibles y se gestionó la presencia del indicado personal. En el mismo sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 8 de marzo de 2023 -ECLI:ES:TSJAS:2023:581- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 2.ª) expresa que “ciertamente lo ideal hubiera sido enviar al domicilio de la paciente una UVI móvil que llegara en unos pocos minutos, pero esto no fue posible al encontrarse las ambulancias de soporte vital avanzado ocupadas”, sin que pueda constatarse “una actuación negligente por parte del personal sanitario ni una infracción de la *lex artis* en cuanto se puso a disposición de la paciente en cada momento todos los medios

y recursos disponibles, concurriendo en este caso la desgraciada circunstancia de que las ambulancias de soporte vital avanzado se encontraban ocupadas en el momento que fue requerida dicha asistencia”, lo que implica, en definitiva, que la concurrencia de semejante circunstancia adversa -en este caso, la ocupación de la UME más cercana- no puede erigirse sin más, como pretende la reclamante, en muestra de una eventual insuficiencia de medios.

Resulta también de especial interés el criterio expresado en la ya mencionada Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 17 de junio de 2020 -ECLI:ES:TSJAS:2020:1358- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª), por cuanto aborda la eventual “demora injustificada en la activación del servicio de urgencia” suscitada en una demanda centrada “en el hecho de haber empleado 17 minutos la Administración, desde la llamada telefónica al 112 hasta la personación de la ambulancia junto a la paciente”. Razonaba, al efecto, que “es cierto que lo deseable sería la inmediatez y una inmensa plantilla de ambulancias repartidas estratégicamente para garantizar la plena atención en cualquier eventualidad, pero forzoso es tener en cuenta:/ Que los medios sanitarios son limitados. Ello impone priorizar atenciones según los primarios datos facilitados./ Que su necesidad depende de las concretas circunstancias de demanda de servicio, así como las propias del tráfico y contexto del lugar al que deben acudir./ Asimismo, hemos de dar por probado según deriva de la documentación aportada que las dotaciones de medios sanitarios afectos al servicio de urgencias en el Área Sanitaria V (Gijón) eran los adecuados y en armonía con la proporción existente en las restantes áreas sanitarias de Asturias (...). No existe en los autos sospecha, crítica fundada o acreditación reveladora de una infraestructura deficiente o que al tiempo de los hechos mostrase carencias objetivas”. Se afirma la inexistencia de “pasividad, inasistencia o una demora exasperante, sino que ha existido una prestación de servicio dentro de lo que era razonable, dada la limitación de medios y circunstancias del caso. Al contrario, consta la fatalidad de que cuando se llama la primera vez todos los recursos estaban ocupados, lo que no recibió la negativa o pasividad, sino la

activación de medidas perentorias, pues por un lado se reclamó la presencia del médico y enfermera del centro de salud” y “se canceló el aviso de una ambulancia ASVB para que acudiera en su lugar con presteza” al sitio en el que se hallaba la paciente, “aplicando la prioridad de asistencia tras ponderar las necesidades sanitarias en concurrencia”. Y en particular, “en cuanto a la vertiente impugnatoria relativa al empleo de 17 minutos en llegar” con la ambulancia, “no cabe hacer reproche a la Administración sanitaria pues, insistimos, en el ámbito sanitario y particularmente en la atención de urgencias (donde reina una información de las necesidades debilitada en su real alcance) ha de admitirse un margen de tolerancia o flexibilidad en la disposición de recursos sanitarios, a los que no pueden pedírsele imposibles sino la reacción seria y con celeridad, como ha sido el caso”.

La aplicación de los señalados criterios al supuesto planteado nos lleva a concluir que el tiempo de respuesta de 17 minutos entre la llamada (2:04) y la comparecencia en el domicilio de una unidad de soporte vital básico junto a un equipo médico de Atención Primaria (2:21), y de 19 minutos entre esa comunicación y la llegada de la unidad móvil de emergencia (2:23) fue razonable, resultando probado que se ajustó con la mayor celeridad posible la distribución de los recursos existentes a fin de alcanzar la necesaria prontitud en la asistencia, aun concurriendo la circunstancia adversa constatada de ocupación de la UME más cercana -la 4, que fue igualmente movilizada junto a la 7-, lo que implica en definitiva que de un total de siete disponibles para toda la Comunidad Autónoma, según el informe técnico de evaluación (folio 47), dos fueron requeridas para atender a la paciente, junto a los restantes recursos señalados.

Por tanto, este Consejo estima que no concurre el imprescindible nexo causal entre el funcionamiento del servicio público y el daño moral derivado del fallecimiento por el que se reclama. No se objetiva negligencia alguna pues la actuación del personal y del sistema sanitario público fue correcta y adaptada a la *lex artis*, adecuada según la disponibilidad de medios y en un lapso temporal razonable y justificado según se desprende de unos informes que en ningún

momento han sido desvirtuados por la reclamante, por lo que no puede prosperar la reclamación presentada.

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.