

Dictamen Núm. 216/2025

V O C A L E S :

Baquero Sánchez, Pablo
Presidente
Díaz García, Elena
Menéndez García, María Yovana
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
Santiago González, Iván de

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 13 de noviembre de 2025, 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 1 de octubre de 2025 -registrada de entrada el día 8 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 esposo y padre, respectivamente, que imputan al retraso en la movilización de los medios apropiados por parte del SAMU Asturias.

De los antecedentes que obran en el expediente, resulta:

1. El día 15 de febrero de 2024, el representante de las interesadas presenta en el Registro Electrónico de la Administración General del Estado una reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida a la Consejería de Salud, por los daños sufridos a causa del fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, que achacan al retraso en la movilización de los recursos

sanitarios adecuados por parte del Servicio de Atención Médica Urgente del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Expone que, “el día 24 de marzo de 2023”, el familiar de las reclamantes “falleció en el domicilio familiar” por “parada cardiorrespiratoria, tras darse la siguiente situación:/ A las 9:06 horas, la esposa del causante llama al 112, solicitando asistencia sanitaria debido a que su esposo estaba infartando y en parada cardiorrespiratoria./ A las 9:07, el 112 y el SAMU se ponen en contacto, y en vez de enviar una UVI móvil, se decide avisar al médico del centro de salud más cercano y enviar una ambulancia ‘normal’./ A las 9:23 horas, el propio médico del centro de salud”, tras evaluar “la gravedad de la situación del paciente, llama al 112 y (...) comunicado con el SAMU solicita que se envíe al domicilio una UVI móvil, en vez de una ambulancia normal./ A las 9:33 horas el médico del centro de salud, ya en el domicilio, comunica al SAMU, a través del 112, que ha comenzado a realizar RCP (reanimación cardiopulmonar) al paciente y que este es reanimable, y es en ese momento y no antes, cuando el SAMU decide activar la UVI móvil, en vez de la ambulancia normal./ A las 10:02 horas se certifica el ‘*exitus*’ del paciente”.

Considera que el enfermo “no fue asistido de urgencia por una UVI móvil, con su personal especializado y el material sanitario específico que utilizan estos vehículos, sino que simplemente se llamó para su traslado al médico del centro de salud, sin medios necesarios para el tratamiento de la urgencia consistente en la parada cardiorrespiratoria del paciente”. Tras afirmar que, en dicha patología, “la urgencia, la inmediatez, el material específico y los conocimientos especializados, son la diferencia en la frontera entre la vida y la muerte”, termina por achacar el fallecimiento al “error del SAMU y del 112, que no envían dicha UVI móvil que estaba libre, no ocupada por ninguna otra labor y a apenas 6-7 minutos de distancia del domicilio del fallecido”.

Solicita una indemnización para sus representadas de ciento treinta y seis mil ochocientos setenta y nueve euros con cincuenta y cinco céntimos (136.879,55 euros), que calcula aplicando el baremo establecido en el texto

refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor.

Propone la incorporación al expediente, a medio de prueba, del historial clínico y, en particular, de “la totalidad de las grabaciones de las llamadas realizadas ese día entre el domicilio del paciente, 112, el SUMA y el centro de salud”.

Adjunta un poder judicial otorgado por las reclamantes en su favor.

2. Mediante oficio de 29 de febrero de 2024, la Jefa de la Sección de Apoyo del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios notifica al representante de las interesadas la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio, el nombramiento de instructor y su régimen de recusación, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará, los plazos para emitir resolución expresa y los plazos y efectos del silencio administrativo.

3. El día 6 de marzo de 2024, el Instructor del procedimiento solicita a la Dirección de Atención a Urgencias y Emergencias Sanitarias un informe del servicio interviniente (Centro Coordinador de Urgencias), sobre el concreto contenido de la reclamación presentada, así como “una transcripción de las conversaciones mantenidas ese día con la familia del fallecido y el facultativo/a de atención primaria que lo atendió en su domicilio”.

Al día siguiente, el Coordinador Médico-SAMU Asturias remite al Servicio instructor una copia de la hoja de registro de las llamadas telefónicas relativas a la reclamación presentada; del parte cumplimentado por el equipo de la unidad de soporte vital básico trasladada en el lugar de la atención; del informe clínico de alta de Urgencias, suscrito por la facultativa del SAMU el día 24 de marzo de 2023, a las 10:34:37 horas, y de las grabaciones correspondientes a las conversaciones telefónicas registradas.

4. Con fecha 13 de marzo de 2024, el Instructor del procedimiento solicita a la Gerencia del Área VI que le remita un informe del facultativo que atendió al

paciente en su domicilio, en relación con el contenido de la reclamación, así como una copia de la historia clínica de Atención Primaria.

El día 2 de abril de 2024 el Gerente del Área Sanitaria VI le remite una copia de la historia clínica de Atención Primaria, junto con el informe suscrito el día 29 de marzo de 2024 por el médico de Atención Primaria que asistió al paciente en el domicilio y el de la doctora interviniente del SAMU, ya enviado anteriormente por el Centro Coordinador de Urgencias.

En el informe del médico de Atención Primaria, se explica que, el día 24 de marzo de 2023, se encontraba atendiendo alternativamente su agenda y la de otro compañero, cuando recibe la llamada de un administrativo del centro que le informa de que “han llamado del Servicio de Emergencias 112 por un paciente que ha sufrido una caída en el domicilio”. Precisa que, “en ningún momento”, se le transmite “gravedad en la situación, además en caso de que esta se produzca la información debe ser trasladada por el médico de sala del Centro Coordinador de forma directa al médico que va a realizar la atención, lo que tampoco tiene lugar”, por lo que decide “finalizar sin celeridad la atención del paciente” que tenía en consulta. Seguidamente, llama al domicilio del aviso para saber cómo se encuentra el paciente, “y es aquí cuando recibo la información de la familia de que se encuentra inconsciente y sin respiración, por lo que les manifiesto que acudiremos al domicilio inmediatamente”. Según refiere, antes de salir llama al 112 “para solicitar transporte y una UVI móvil” y, desde el Centro Coordinador de Urgencias, le informan de que no tenían conocimiento de que fuese una parada cardiorrespiratoria, “pero que, en cualquier caso, se trata de un paciente con cáncer terminal en tratamiento paliativo”, por lo que debe valorar el facultativo informante, previamente, “si es candidato a RCP antes de activar la UVI móvil. Respecto al transporte (...) comunican que activan una ambulancia BETA con un técnico y un conductor, pero que van directamente al domicilio” y debe intentar acudir por sus propios medios, por lo que se traslada al domicilio, junto con una enfermera, en su vehículo personal. Llegan a la vez que la ambulancia y suben con los técnicos a la vivienda. Allí encuentran al paciente “sin signos vitales en la cama por lo que

indico a los técnicos y la enfermera que le tumben en el suelo, comiencen RCP básica y le coloquen el DESA”, mientras, interesa a la familia sobre el estado basal del paciente, la cual “refiere que padece un cáncer de colon metastásico en tratamiento paliativo con quimioterapia”, pero lleva una vida activa. Respecto al suceso, relatan que “esa mañana se había llevado en varias ocasiones la mano al pecho para, posteriormente, caer desplomado”. Ante el desconocimiento de “la situación concreta del paciente y guiado por la familia, que no parece partidaria de no RCP, tras un minuto de entrevista” decide comenzar “con RCP avanzada y avisar a Emergencias para solicitar una UVI móvil./ Se coge una vía venosa periférica y se continúa con masaje, ventilaciones con ambú, administración de adrenalina parenteral y pausas para valoración por el DESA, que indicó en todo momento un ritmo no desfibrilable. Al llegar los profesionales de la UVI móvil, se hacen cargo de la situación y, tras unos 30 minutos en total de realización de RCP avanzada, deciden finalizar la intervención y declarar el *exitus*”. Entiende que, ante el síndrome coronario agudo que padeció el paciente, “cualquier atención sanitaria, independientemente de su precocidad o de los medios con los que hubiese dispuesto”, habría conducido al “mismo desenlace”.

5. Previa petición del Instructor, el día 3 de mayo de 2024 la Gerente del Área Sanitaria V le remite la historia clínica oncológica del paciente.

6. Con fechas 6 y 27 de noviembre de 2024, respectivamente, la Jefa de la Unidad de Coordinación del Programa Marco de Atención a Urgencias y Emergencias Sanitarias suscribe sendos informes, a petición del Instructor, en los que refleja el lugar donde se encontraban, tanto la UVI móvil como la ambulancia de soporte vital básico, en el momento de ser activadas y cuánto tiempo tardaron en llegar al domicilio del paciente. De los citados informes, resulta que, “en el momento de la llamada del médico de Atención Primaria al CCU (Centro Coordinador de Urgencias), requiriendo la activación de la UVI móvil del Área Sanitaria VI” se encontraba “operativa, a disposición del CCU, en

su base, situada en el Hospital” y que “el tiempo empleado en la llegada al domicilio fue de 6 minutos 45 segundos”; por otra parte, “la ambulancia de soporte vital básico, con base en el Centro de Salud (...) se encontraba operativa, a disposición del CCU” y “el tiempo empleado en la llegada al domicilio, desde su activación, fue de 15 minutos 5 segundos”.

7. El día 10 de enero de 2025, un facultativo, máster en Medicina de Urgencias, Emergencias y Catástrofes, suscribe un informe a instancias de la compañía aseguradora de la Administración, en el que señala que, “en la primera llamada la familiar (...) que llama al 112 describe un cuadro de ‘dolor torácico y síncope recuperado’ por lo que ese testimonio en sí mismo retrasa el inicio de las maniobras de reanimación cardiopulmonar./ Revisando las llamadas e informes de la UVI móvil que presta atención en el domicilio, desde un primer momento el paciente se encuentra probablemente en situación de ‘peri-parada cardiorrespiratoria’”.

Expresa que los factores decisivos para mejorar el pronóstico de la parada cardiorrespiratoria, cuando se presenta, son la “reanimación cardiopulmonar temprana” realizada por “un testigo” y “el uso lo más temprano y frecuente posible de un desfibrilador externo automatizado”. Señala que, según los informes del Registro Español de Parada Cardíaca Extrahospitalaria (OSHCAR), “la llegada del (servicio de emergencias médicas) en los primeros 8 minutos desde el colapso se asocia de manera significativa con la supervivencia con buen estado neurológico, pero esto sucede en apenas uno de cada cuatro casos. Es un porcentaje bajo y difícil de mejorar, pues globalmente depende mucho de la cantidad de recursos y el lugar de la parada, penalizando las que suceden en domicilio (como el caso descrito en este informe) y las que suceden en ámbitos con mayor dispersión poblacional. Esta dependencia del tiempo ha situado la reanimación y la desfibrilación precoz por testigos en el eje de cualquier estrategia para mejorar la supervivencia”. Sin embargo, “algo más de 3 de cada 4 pacientes presentan un ritmo inicial no desfibrilable” y la “probabilidad de sobrevivir a una parada cardiorrespiratoria es baja”, de forma

que las tasas de supervivencia son también reducidas. Entiende, en el caso concreto de que se trata, que “el factor pronóstico que tiene mayor impacto en la tasa de mortalidad es el retraso de las maniobras de reanimación cardiopulmonar”, por lo que cabe “pensar que el resultado de la intervención hubiera sido el mismo, sin atender a quién llegara primero a prestar atención médica”. Tras explicar que en España “la mayor parte de las situaciones de parada cardiorrespiratoria son atendidas en un primer lugar por un servicio de ambulancia de soporte vital básico porque suele ser el recurso disponible más cercano”, con la asistencia posterior del “soporte vital avanzado”, refiere que, en el caso objeto de análisis, “las maniobras de RCP comienzan a la llegada del médico del centro de salud al domicilio (primer sanitario en llegar al domicilio del paciente) a las 9:33 (al menos 27 minutos después de darse la situación de parada cardiorrespiratoria)”. Por otra parte, señala que, en el asunto de referencia, “se reúnen los principales factores de mal pronóstico de una parada cardiorrespiratoria en nuestro medio”, pues “en general, no realizar intentos de reanimación por los testigos que presencian la (parada cardiorrespiratoria) antes de la llegada de la ambulancia es el principal factor de impacto sobre la mortalidad”. Considera el autor del informe que “con el conocimiento que teníamos en el momento de los hechos, la intervención del Centro Coordinador de Urgencias actuó de acuerdo con la *lex artis*. Movilizó adecuadamente los recursos a su alcance, teniendo en cuenta que la primera intervención que necesitaba el paciente eran maniobras básicas de reanimación cardiopulmonar (servicio vital básico que lleva DEA y un médico de familia del centro de salud más cercano al evento), hasta la llegada de las medidas de reanimación avanzada, si fueran necesarias, (que movilizó en el momento en el que se estimaron oportunas por el facultativo desplazado al lugar)./ Y eso teniendo en cuenta *a posteriori*, que el evento inicial conforme al que se toman decisiones se trata de una parada cardiorrespiratoria. Pero es que el médico del Centro Coordinador, toma una decisión fundamentada en una rápida entrevista telefónica guiado por lo que la familia transmite por teléfono (...): ‘síncope recuperado + dolor torácico’”. Señala que, en este caso, “se reúnen todos los

factores de riesgo *a priori*, para que una parada cardiorrespiratoria no sea reanimable o recuperable. El paciente era mayor de 65 años, varón, con comorbilidad asociada ('cáncer de colon metastásico en tratamiento con quimioterapia paliativa' según describe la familia del paciente), la (parada cardiorrespiratoria) se localiza en el domicilio y los testigos (...) no inician maniobras de reanimación hasta la llegada de los servicios sanitarios, además de objetivarse un ritmo no desfibrilable a la llegada del (servicio de emergencias médicas)./ La dispersión geográfica, en este caso, juega un papel determinante, ya que la base de UVI móvil más cercana, asumiendo que este recurso se encontraba en la base, es de unos 14 minutos de distancia". Afirmo que "el médico del centro de salud en su coche particular y parándose a 'recoger material del centro' (según describe su informe de los hechos) tarda desde el Centro de Salud al domicilio del paciente 10 minutos" para insistir seguidamente en que, "en tantos datos recogidos por la OHSCAR (...) cuando la atención médica llegó en un tiempo igual o inferior a 8 minutos (...) tan solo el 28,7 % de los pacientes fueron recuperados y sin daño neurológico severo al alta (relacionado con las secuelas de una parada cardiorrespiratoria), lo que supone un 8 % del total de pacientes con parada cardiorrespiratoria./ Es decir, la llegada del (servicio de emergencias médicas) en los primeros 8 minutos desde el colapso (parada cardiorrespiratoria) se asocia de manera significativa con la supervivencia y con un buen estado neurológico posterior al evento, pero esto sucede en apenas uno de cada cuatro casos". Por otra parte, "según desarrollan en el Registro Español de Parada Cardíaca Extrahospitalaria (...) existe una enorme diferencia en supervivencia entre los casos con ritmo inicial desfibrilable con los ritmos no desfibrilables (...). El mantenimiento de un mínimo flujo circulatorio, como el que se consigue con el soporte vital básico (fundamentado en maniobras de compresión torácica) retrasa la degeneración de los ritmos desfibrilables, un aspecto que está en la raíz de la importancia y el peso de los primeros eslabones en la supervivencia".

8. Mediante oficio notificado a las interesadas el 13 de marzo de 2025, el Instructor del procedimiento les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntando una copia de los documentos que conforman el expediente administrativo.

El día 7 de abril de 2025, el representante de las perjudicadas presenta en el registro electrónico del Principado de Asturias un escrito de alegaciones que inicia ratificándose en su pretensión inicial. Tras transcribir el contenido de los audios correspondientes a las llamadas que han sido incorporados al expediente, afirma que, cuando se alerta al SAMU de que el paciente presenta “dolor torácico, palidez y sudoración, y síncope recuperado”, debería “haberse activado el recurso de UVI móvil con el objetivo de comprobar si se trataba de un infarto agudo de miocardio con elevación del (segmento del electrocardiograma entre la onda S y la T), y en su caso activar el código corazón./ La necesidad de activar (...) UVI móvil radica en que en aquel momento es el único recurso sanitario extrahospitalario con capacidad tecnológica para realizar un electrocardiograma de 12 derivaciones, elemento imprescindible junto con la sintomatología (clínica del paciente) para activar el programa código corazón. El equipo médico del Centro de Salud movilizado al domicilio del paciente no disponía en ese momento de dicho equipamiento para la realización de electrocardiogramas en domicilio”. Destaca que “la comorbilidad del paciente no figura entre las contraindicaciones relativas ni absolutas para la activación de dicho código corazón” y reprocha al médico del Centro Coordinador de Urgencias que considerase al paciente como “terminal no reanimable”, cuando “no existe en ninguna de las grabaciones existentes en el expediente una afirmación por parte de la alertante en este sentido (...) pues en ningún momento se utiliza el término o atributo de ‘paliativo’ para referirse al tratamiento de quimioterapia ni en ningún otro caso”. Señala, por otra parte, que, puesto que consta en el expediente que “el tiempo de llegada de la UVI móvil desde la base al domicilio del paciente es de 6 minutos y 45 segundos (...), no se comprende (...) la afirmación contenida en el informe médico pericial, encargado por la compañía aseguradora, en el sentido de que ‘la

dispersión geográfica en este caso juega un papel determinante”. Por otra parte, niega que las maniobras de RCP no se iniciaran hasta la llegada del equipo médico pues, según señala, en el momento en que el paciente sufre la parada cardiorrespiratoria presenciada, su esposa “se encontraba acompañada de su sobrina enfermera de profesión con formación y experiencia profesional específica en reanimación cardiopulmonar, y ambas iniciaron y mantuvieron maniobras de RCP ‘de alta calidad’ hasta la llegada del equipo médico del centro de salud que continuó con las mismas”. Entiende que no se pusieron a disposición del paciente los “recursos asistenciales que estando disponibles se encontraban indicados para el diagnóstico y tratamiento adecuado, privando con ello al paciente de toda oportunidad terapéutica”. Finalmente, pide que se abra un periodo extraordinario de prueba para tomar declaración a la esposa del paciente que, según señala, es “técnico en cuidados auxiliares de enfermería con acreditada experiencia laboral en Unidades de Cuidados Críticos, y desde que el paciente entró en parada cardio-respiratoria, (la) presenció (...) e inició las maniobras de reanimación cardio-pulmonar básica acompañada de una enfermera”, que es su sobrina, cuya toma de declaración también se propone. Plantea, igualmente, que “se recabe informe respecto de la disponibilidad o no dentro del equipo clínico que desplaza con el equipo del centro de salud durante las urgencias a domicilio (...) de electrocardiógrafo portátil de 12 derivaciones para la realización de electrocardiograma en el domicilio”, así como el “informe de la Dirección de Atención y Evaluación Sanitaria del Servicio de Salud del Principado de Asturias sobre el lugar donde se encontraba la UVI móvil”. Finalmente, aporta el procedimiento del Servicio de Salud del Principado de Asturias “Código corazón” y las “Recomendaciones para la Resucitación 2015 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC)” que pide sean incorporadas al expediente.

9. El día 11 de abril de 2025, el Instructor del procedimiento resuelve denegar la práctica de las testificales, “por no fundamentar el motivo concreto de la solicitud”, rechazar “la práctica de la documental primera, ya que el vehículo

enviado en primer lugar al domicilio era una ambulancia de soporte vital básico (clase B) y no está obligada a llevar electrocardiógrafo portátil de 12 derivaciones”, denegar la práctica de la documental tercera “por considerar irrelevante la ubicación de la UVI móvil” y acceder a la práctica del resto de las documentales procediendo a su incorporación al expediente.

10. Con fecha 28 de mayo de 2025 el Instructor dispone la apertura de un nuevo trámite de audiencia por plazo de quince días, al haberse incorporado nueva documentación al expediente.

El día 7 de julio de 2025, el representante de las reclamantes registra un escrito, en el que se opone a la denegación de la práctica de las pruebas testificales propuestas que, según señala, eran “esenciales toda vez que en el expediente hasta ahora instruido se contenían consideraciones relacionadas con la ausencia de realización de maniobras de RCP hasta la llegada del equipo médico-sanitario del centro de salud”. Discrepa de los motivos que justifican la denegación de la práctica de la prueba, consistente en conocer “si el equipamiento médico desplazado por los profesionales del Centro de Salud, incluía un electrocardiógrafo portátil”, pues “si la sintomatología del paciente era compatible con un síndrome coronario agudo, entonces se debería haber activado el recurso sanitario que disponga del equipamiento necesario para realizar un diagnóstico precoz”, así como de las razones por las que se rechaza la incorporación del informe relativo a la determinación de la ubicación de la UVI móvil cuando se alertó al 112 pues, según señala, resulta necesario conocer “si entre los recursos existentes en el Servicio de Salud del Principado de Asturias, se movilizaron o activaron aquellos recursos sanitarios que, estando indicados (por ser necesarios conforme a la *lex artis ad hoc*), se encontraban disponibles”. Por todo ello, insiste en la proposición de prueba anteriormente formulada y se ratifica en su pretensión. Adjunta un acta notarial que recoge las manifestaciones de la reclamante y su sobrina sobre la forma en que se desarrollaron los hechos.

11. Con fecha 29 de septiembre de 2025, el Instructor propone “desestimar la reclamación”, pues la parada se produce “cuando el médico llega” y “se procede a iniciar RCP. Se avisa a UVI móvil y se hace RCP avanzada sin éxito, falleciendo el paciente”. Considera “altamente dudoso” que el paciente fuera “reanimable”, pues se trata de una persona “con un cáncer de colon con metástasis pulmonares y sometido a tratamiento quimioterápico paliativo tal y como indican las reclamantes al SAMU. El (médico de Atención Primaria) considera en su informe que, dados los antecedentes del paciente, ‘es lógico pensar que cualquier atención sanitaria, independientemente de su precocidad o de los medios con los que se hubiese dispuesto, habría resultado en el mismo desenlace’. También el perito que informa a instancias de la compañía aseguradora señala que en este caso ‘se reúnen todos los factores de riesgo *a priori*, para que una parada cardiorrespiratoria no sea reanimable o recuperable. El paciente era mayor de 65 años, varón, con comorbilidad asociada (‘cáncer de colon metastásico en quimioterapia paliativa’ según describe la familia del paciente), la (parada cardiorrespiratoria) se localiza en el domicilio, y los testigos (...) no inician maniobras de reanimación hasta la llegada de los servicios sanitarios, además de objetivarse un ritmo no desfibrilable a la llegada del (servicio de emergencias médicas)”.

12. En este estado de tramitación, mediante escrito de 1 de octubre de 2025, 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), estarían la esposa y la hija del paciente fallecido activamente legitimadas 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 (LPAC en adelante).

Ahora bien, la relación de parentesco existente entre el paciente y quienes demandan la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria no ha sido acreditada en ningún momento por la parte reclamante. Al no haber cuestionado la Administración en ningún momento la condición de interesadas de quienes ejercitan la acción, en aplicación del principio de eficacia, reconocido en el artículo 103.1 de la Constitución y recogido en el artículo 3 de la LRJSP, procede analizar el fondo de la cuestión controvertida, no sin antes advertir de que, si en el pronunciamiento se apreciara la concurrencia de los requisitos que permiten declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración, no cabría una estimación de la reclamación sin que esta, por el procedimiento legal oportuno, verifique dicha legitimación mediante la acreditación formal de la relación de las reclamantes con el paciente fallecido.

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 caso ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 15 de febrero de 2024 por lo que, habiéndose producido el fallecimiento del paciente el día 24 de marzo de 2023, hemos de concluir que la acción se ha ejercitado 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.

Obra en el expediente, la resolución del Instructor del procedimiento en la que se decide la admisión y rechazo de cada una de las pruebas propuestas por la parte reclamante, denegando la práctica de la testifical por falta de justificación del “motivo concreto de la solicitud”. Siendo incuestionable que la admisibilidad de los medios probatorios está condicionada a que sean relevantes para acreditar los hechos que sustentan la posición de las partes y defender sus derechos e intereses, lo cierto es, que lo que pretendía probar la parte reclamante, en este caso, podía inferirse fácilmente del escrito de proposición, en el que el representante de las perjudicadas niega que las maniobras de reanimación cardiopulmonar no se iniciasen hasta la llegada al

domicilio del equipo médico, al sostener que los acontecimientos se sucedieron de una forma distinta pues, según señala, en el momento en que se produjo la parada cardiorrespiratoria la esposa del paciente y una sobrina enfermera “iniciaron y mantuvieron maniobras de RCP ‘de alta calidad’”, hasta la llegada de los sanitarios. Teniendo en cuenta la irrelevancia de tal extremo para la resolución del asunto, pues lo que se reprocha al servicio público es la falta de movilización de la UVI móvil inmediatamente después de la demanda de asistencia, la decisión de inadmitir la testifical debería haberse fundamentado en la improcedencia de esta prueba, dada su falta de relevancia probatoria. Por otra parte, advertimos que, presentadas -por la parte reclamante con motivo de la sustanciación del segundo trámite de audiencia- dos actas de manifestaciones en las que se recogen los testimonios de las testigos -las cuales son igualmente improcedentes y, además, no cumplen las exigencias del artículo 78 de la LPAC ni tampoco los principios de inmediación con el instructor y oralidad que son inherentes a la testifical- no ha procedido el Instructor al rechazo expreso de tales pruebas, por lo que, para atender al imperativo del artículo 77.3 de la LPAC, deberán explicitarse, en la resolución que ponga fin al procedimiento, los motivos que conducen a su inadmisión.

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

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 32 de la LRJSP establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones

Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la ley". Y, en su apartado 2, que "En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas".

Por otra parte, el artículo 34 de dicha Ley dispone en su apartado 1 que "Solo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que este 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 aquellos, 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 por un fallecimiento, que se imputa a un funcionamiento anormal del servicio público de atención sanitaria de urgencias, por no haber movilizado los recursos necesarios para prestar una atención adecuada.

Acreditado el fallecimiento del paciente el día 24 de marzo de 2023, hemos de reconocer en sus parientes más próximos la realidad de un daño de naturaleza moral, susceptible de reclamación.

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

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse directamente a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico -reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia- responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por las reclamantes es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario, hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de

Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

Asimismo, venimos reiterando (por todos, Dictámenes Núm. 213/2019 y 116/2024) que, el hecho de que sea la clínica la que determina el alcance de la obligación de medios, excluye que pueda proyectarse *ex post facto*, al juicio sobre la corrección de la actuación sanitaria, el estado de situación, ignorado al momento de la atención y conocido a la fecha del posterior diagnóstico. Ha de atenderse, por tanto, a la doctrina sobre la prohibición de regreso a la que alude el Tribunal Supremo (por todas, Sentencia de 11 de julio de 2017 -ECLI:ES:TS:2017:2946- Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4.ª), que “impide sostener la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o retraso diagnóstico, o la inadecuación del tratamiento, solo mediante una regresión a partir del desgraciado curso posterior seguido por el paciente, ya que dicha valoración ha de efectuarse según las circunstancias concurrentes en el momento en que tuvieron lugar; en definitiva, es la situación de diagnóstico actual la que determina la decisión médica adoptada, valorando si, conforme a los síntomas del paciente, se han puesto a su disposición las exploraciones diagnósticas indicadas y acordes a esos síntomas, no siendo válido pues, que, a partir del diagnóstico final se consideren las que pudieron haberse puesto, si en aquel momento esos síntomas no se daban”.

Afirma, el representante de las reclamantes, que la muerte de su familiar se produjo debido a la deficiente gestión de medios llevada a cabo por el SAMU, una vez que es alertado de la urgencia. Específicamente, sostiene que no se pusieron a disposición del paciente los medios necesarios para el tratamiento de la patología que presentaba, que concreta en la asistencia “de urgencia” por parte de “una UVI móvil, con su personal especializado y el material sanitario

específico que utilizan estos vehículos”. Señala que, en su defecto, “simplemente se llamó para su traslado al médico del centro de salud, sin medios necesarios para el tratamiento de la urgencia consistente en la parada cardiorrespiratoria del paciente”. A juicio de la parte reclamante, tal decisión fue determinante del luctuoso desenlace.

Como ha subrayado este Consejo en anteriores ocasiones, corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación, cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar los hechos en los que funda su pretensión y de probar 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 solicita. Articulándose la reclamación sobre una supuesta pérdida de oportunidad terapéutica por retraso asistencial, corresponde al perjudicado y no al servicio público la carga de probar, al menos como hipótesis posible, su afirmación de que la inmediata movilización de la UVI móvil habría variado las posibilidades de supervivencia de su familiar; sin embargo, tal acreditación brilla por su ausencia en el caso que analizamos. Además, la parte reclamante no ha realizado ningún esfuerzo probatorio o argumentativo dirigido a evidenciar que la decisión de enviar la ambulancia de soporte vital básico y a un médico al domicilio del paciente, en lugar de movilizar de inicio a la UVI móvil, integre una infracción de la *lex artis ad hoc* ni ha controvertido, mediante un informe pericial, las afirmaciones realizadas en la pericia librada a instancias de la compañía aseguradora del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

A falta de tal prueba, y al objeto de analizar si la coordinación de la demanda sanitaria urgente llevada a cabo por el SAMU fue o no adecuada, debemos comenzar por recordar, como ya señalamos en nuestro Dictamen Núm. 27/2017, que la tarea de decidir qué dispositivo ha de moverse en cada caso concreto, habida cuenta del medio y las circunstancias en que se realiza, no es fácil. En efecto, cuando la asistencia urgente la solicita el propio paciente o 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, el contenido de la grabación correspondiente a la conversación entre la alertante y el SAMU evidencia que la afirmación vertida en el escrito inicial de solicitud conforme a la cual “a las 9:06 horas, la esposa del causante llama al 112, solicitando asistencia sanitaria debido a que su esposo estaba infartando y en parada cardiorrespiratoria” no es cierta. En efecto, en el curso de la referida conversación -que se inicia a las 9:07 minutos y se prolonga durante 3 minutos y 39 segundos, la operadora del SAMU interroga inicialmente a la esposa del paciente sobre si “él está consciente” y vuelve a reiterar más adelante la pregunta “¿ahora mismo está consciente?”. En ambas ocasiones, la alertante responde que “sí, está consciente”, situación que vuelve a referir al médico del SAMU al que se pasa seguidamente la llamada. El paro cardíaco tuvo que producirse, por tanto, después de dicha llamada y, teniendo en cuenta que, cuando el médico del Centro de Salud contacta con el médico de sala del SAMU por segunda vez (a las 9:33) le comunica que “es una parada presenciada de hace 15 minutos”, el momento de la parada debe situarse en torno a las 9:18 horas, siendo esta misma referencia temporal la que ofrecen tanto la esposa del paciente como su sobrina en las actas de manifestaciones incorporadas al expediente, tras el segundo trámite de audiencia.

La cuestión a dilucidar no es, por tanto, si procedía movilizar a la UVI móvil para atender a un paciente en parada cardiorrespiratoria, pues tal

circunstancia no se produjo en ningún momento a lo largo de la conversación de la alertante con el SAMU, sino si la decisión de movilizar una unidad de soporte vital básico y de enviar, a la vez, al médico del centro de salud al domicilio por sus medios, para facilitar una atención lo más rápida posible de un paciente sin antecedentes cardiacos, en situación de síncope recuperado, sudoroso, pálido y con dolor torácico de varios días de evolución, constituye una decisión razonable. Aun asumiendo, a la vista del curso posterior de los acontecimientos, que “desde un primer momento el paciente se encuentra probablemente en situación de ‘peri-parada cardiorrespiratoria’”, como señala el facultativo autor del informe librado a instancias de la compañía aseguradora, la decisión de enviar al médico, junto con una unidad de soporte vital básico provista de desfibrilador externo automatizado, no se antoja ilógica si se tiene en cuenta, según se expresa en el mismo informe, que aun en el contexto de una parada cardiorrespiratoria -comunicada telefónicamente al médico actuante por la familia, justo antes de salir hacia el domicilio y no antes-, los factores decisivos para mejorar el pronóstico de tan grave evento son la “reanimación cardiopulmonar temprana” realizada por “un testigo” y “el uso lo más temprano y frecuente posible de un desfibrilador externo automatizado”. A tal efecto, debe tenerse en cuenta, como también señalamos en nuestro Dictamen Núm. 17/2017, 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.

Cabe señalar, por otro lado, que aunque la llegada del servicio de emergencias médicas al lugar de la asistencia en los primeros 8 minutos desde la parada cardiorrespiratoria tiene un efecto directo positivo sobre la supervivencia, tal y como se expresa en el informe médico librado a instancias de la compañía aseguradora, tal lapso temporal no puede establecerse como estándar de obligado cumplimiento, y menos en los casos como este en que la llamada al servicio de emergencias no se produce en situación de parada del paciente, pues el servicio público que, insistimos, está obligado a gestionar racionalmente los escasos medios de que dispone, no puede anticipar en el contexto de una conservación telefónica si un paro cardíaco es inminente. Por otra parte, no cabe ignorar que, según se expresa en el mismo informe antes citado, el desenlace más habitual de la parada cardiorrespiratoria -aun en los casos en que la asistencia se presta en el intervalo temporal ideal de los 8 minutos- es el fallecimiento, pues “algo más de 3 de cada 4 pacientes presentan un ritmo inicial no desfibrilable”, de modo que la “probabilidad de sobrevivir a una parada cardiorrespiratoria es baja” y la “supervivencia con buen estado neurológico (...) sucede en apenas uno de cada cuatro casos”.

Por todo ello, entendemos que se pusieron a disposición del paciente los medios adecuados tanto a la situación referida por su esposa al demandar asistencia médica como a la posteriormente constatada por el facultativo personado en el domicilio del paciente, con lo que no concurre el imprescindible nexo causal entre el funcionamiento del servicio público y el daño derivado del fallecimiento por el que se reclama.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º
EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.