

Dictamen Núm. 74/2026

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 23 de abril de 2026, 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 17 de julio de 2024 -registrada de entrada el día 22 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 hija como consecuencia de la falta de asistencia por parte del SAMU.

De los antecedentes que obran en el expediente, resulta:

1. Con fecha 29 de noviembre de 2023, el interesado presenta en el Registro General de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de su hija, que imputa a una omisión de asistencia sanitaria.

Expone que “el 13 de febrero de 2023, ante la disnea de su hija y la imposibilidad de esta para respirar de forma normal, realiza varias llamadas telefónicas a tres entidades: primero se pone en contacto con el 112, después

(...) con la Policía Local de” y, finalmente, “con el curador” de su hija. Denuncia que “ni el 112 ni las fuerzas del orden acuden” a socorrerla, “no se presentan incluso con las llamadas desesperadas” que realiza, donde les indica que “se está ahogando”, anotándose en “el parte de urgencias del SAMU (...) a las 15:38 horas” como impresión diagnóstica, “muerte sin asistencia médica”. Añade que su hija “ha fallecido sin asistencia médica, encontrándonos ante una omisión del deber de socorro (...) a una persona desamparada y en peligro manifiesto y grave”.

Cuantifica la indemnización que solicita en ciento diecinueve mil quinientos un euros con setenta y dos céntimos (119.501,72 €), de conformidad con la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

2. Mediante escrito de 18 de diciembre de 2023, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto requiere al interesado para que, en el plazo de diez días, acredite el parentesco por cualquier medio válido en derecho, con advertencia de que, si así no lo hiciera, se le tendrá por desistido de su reclamación. Asimismo, le solicita que aporte el certificado de defunción de su hija.

El día 8 de enero de 2024, el reclamante atiende al requerimiento formulado y acompaña copia del libro de familia, certificado de incineración, certificado de nacimiento, inscripción del nombramiento de curador de la finada en el Registro Civil y certificado de defunción.

3. Con fecha 15 de enero de 2024, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios actuante solicita a la Unidad de Coordinación del Programa Marco de Atención a Urgencias y Emergencias Sanitarias “un informe del SAMU sobre el concreto contenido de la reclamación”.

El día 18 del mismo mes, se da cumplimiento a lo requerido y se envía una copia de los datos que constan en los registros de la Central de Coordinación del SAMU, del extracto de las llamadas telefónicas y del informe clínico de urgencias de 13 de febrero de 2023.

4. Mediante oficio de 15 de enero de 2024, la Jefa de la Sección de Apoyo del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica al interesado la fecha de recepción de su reclamación, el nombramiento de instructor y su régimen de recusación, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

5. Previa petición formulada por el Instructor del procedimiento, se incorpora al expediente un CD que contiene las grabaciones de las cinco llamadas realizadas por el reclamante al 112 el 13 de febrero de 2023.

Con fecha 14 de marzo de 2024, el Gerente del Área Sanitaria III informa que, “tras consultar la historia clínica de la paciente y las agendas del centro de salud y de las Urgencias de Atención Primaria del Área III (...), no consta ningún registro (de) que el 13 de febrero de 2023 se haya solicitado asistencia domiciliaria urgente” para la perjudicada “al Centro de Salud de ni a los Servicios de Atención Continuada”.

6. El día 30 de abril de 2024, emite informe, a instancias de la entidad aseguradora de la Administración, una especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, máster en Urgencias, Emergencias y Catástrofes. En él, tras analizar los hechos y efectuar una serie de consideraciones médicas sobre el edema facial, la disnea y la parada cardiorrespiratoria, se concluye que la actuación de la persona que recibe la llamada en la central de comunicaciones “es totalmente adecuada y acorde a la *lex artis* (...), dado que la única sintomatología referida era cara hinchada y dificultad para entenderle el habla”. Destaca que la segunda llamada se efectuó a las 15:25 horas del mismo día y

entiende que si el reclamante “se acostó y se quedó dormido más de 4 horas sería porque (...) su hija no impresionaba de gravedad, lo que concuerda con que la única sintomatología referida en ese momento era edema facial”.

7. Mediante oficio notificado al interesado el 11 de junio de 2024, el Instructor le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de 15 días.

El día 21 del mismo mes, presenta aquel un escrito de alegaciones en el que alude a varios episodios acaecidos en abril y junio de 2022, durante los cuales su hija sufre disnea y de los que dejó constancia en su reclamación. Señala que, en las grabaciones tercera, cuarta y quinta, “se constata que hay un miedo por parte del médico del SAMU (...) a que un operador haya remitido una disnea a un centro de salud y las otras dos grabaciones en las que se refleja que nadie vio a mi hija (...) y como exponen no se le hizo caso”.

8. Con fecha 1 de julio de 2024, el Instructor del procedimiento elabora una propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella, razona que “se actuó acorde a la sintomatología que presentaba la paciente en ese momento, y que según refirió su padre era tan solo edema facial, en ningún momento refirió que (...) presentara disnea ni ningún otro síntoma de gravedad. Dado que no era una sintomatología que precisara atención emergente o urgente, se le indicó a su padre que, en este caso, tenía que ser valorada por Atención Primaria y se le facilitó el teléfono de su centro de salud. No se le denegó asistencia. Fue una actuación adecuada y acorde a la *lex artis*”.

9. Recabado el dictamen de este Consejo, en su sesión de 19 de septiembre de 2024 (Dictamen Núm. 165/2024), se advierte la necesidad de completar la instrucción con un informe de la Unidad de Coordinación del Programa Marco de Atención a Urgencias y Emergencias Sanitarias que justifique por qué considera que no se realizó una correcta valoración sanitaria de la llamada, que explique el protocolo a seguir cuando se recibe una demanda de asistencia

sanitaria de estas características e indique, en consecuencia, si la actuación del Servicio debió ser otra.

Con fecha 11 de noviembre de 2024, se incorpora el informe requerido. En el mismo, la Jefa de la Unidad expone que, “tras una nueva revisión (...), hemos observado que en la valoración inicial puede no haberse identificado adecuadamente la totalidad de los síntomas (...) dada la dificultad de comunicación del alertante (...), expresándose de manera ambigua. Utiliza términos como ‘tiene la cara hinchada’, ‘no habla bien’, ‘solo quiere fumar’, ‘está como siempre, hinchada’, ‘para eso llamo, para que venga el médico’”.

A continuación, explica la informante el protocolo aplicable cuando se transfiere una llamada al Centro Coordinador de Urgencias, puntualizando que un auxiliar administrativo la atiende y las acciones subsiguientes “están supeditadas a la clasificación del incidente”, que, en este caso, (al clasificarse como “Varios. Información”) determinó que el árbol de decisiones que despliega el programa no condujera a la consulta sanitaria.

10. Evacuado nuevo trámite de audiencia, el reclamante no presenta escrito de alegaciones.

11. Con fecha 28 de noviembre de 2025, un nuevo instructor del procedimiento, designado al efecto, elabora una nueva propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella, razona que “se actuó acorde a la sintomatología” que el alertante trasladó y que, después de la llamada de las 10:39 h, “ambos se acostaron” y la siguiente llamada del reclamante no se produce hasta las 15:25 h (cuando se activa el Soporte Vital Avanzado), de lo que se deduce también que, si el reclamante “se acostó y se quedó dormido más de 4 horas, sería porque en ese momento su hija no impresionaba gravedad”. Se aprecia que el personal administrativo que recibió la llamada, “basándose en los datos proporcionados, clasificó el incidente como ‘información sanitaria’”, proporcionándole el teléfono del centro de salud.

12. En este estado de tramitación, mediante escrito de 23 de enero 2026, 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 el interesado activamente legitimado 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 expediente ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 29 de noviembre de 2023, habiéndose producido el fallecimiento de la perjudicada el día 13 de febrero de 2023, 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.

Cabe destacar que, habiéndose producido un cambio en la persona del instructor y figurando el mismo en el expediente, hubiera resultado aconsejable ponerlo en conocimiento del interesado, a los efectos oportunos, en el momento de producirse dicha sustitución, tal y como se hizo con el primer nombramiento. En todo caso, no cabe derivar de ello efecto alguno, máxime cuando sobre el particular tuvo ocasión de pronunciarse el interesado en el segundo trámite de audiencia, sin hacerlo.

Asimismo, se observan excesivas dilaciones en la tramitación, de modo que, a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, se había rebasado ya ampliamente el plazo de seis meses para

adoptar y notificar 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 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 “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, en el que el interesado solicita ser indemnizado por los daños morales sufridos a consecuencia del fallecimiento de su hija en su domicilio -tras una llamada al SAMU- a la edad de 35 años. Atribuye este fallecimiento a, lo que considera, una inadecuada respuesta por parte del SAMU, que se limitó a indicar al reclamante, padre de la fallecida, que llamara al centro de salud de referencia.

Acreditada la realidad del óbito y del vínculo filial entre el reclamante y la fallecida, cabe presumir el daño moral cuya indemnización se pretende.

Ahora bien, como venimos reiterando, 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 y si ha de reputarse antijurídico.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 80/2020), 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 la reclamante -cuya efectividad ha sido acreditada- 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.

Singularmente, venimos señalando desde el inicio de nuestra función consultiva (por todos, Dictámenes Núm. 213/2019 y 116/2024), que el hecho de que sea la situación clínica del paciente 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 también ha aludido el Tribunal Supremo en numerosas ocasiones (por todas, Sentencia de 11 de julio de 2017 -ECLI:ES:TS:2017:2946- Sala de lo

Contencioso-Administrativo, Sección 4.^a), la cual “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”. Por ello, quien persigue una indemnización por mala praxis en la fase de diagnóstico, debe acreditar que los signos existentes al tiempo de recibir la asistencia que reputa deficiente eran sugestivos de la patología finalmente evidenciada -al menos en un grado de probabilidad suficientemente significativo, ya que existen patologías de diversa entidad y prevalencia que cursan con una clínica similar- y que tal sospecha diagnóstica imponía al servicio público la aplicación de técnicas y medios distintos de los empleados.

En el caso examinado, ha de dirimirse si la gestión de la primera llamada al 112 fue adecuada y si el desenlace hubiera sido distinto de haberse transferido aquella primera llamada al personal sanitario.

De los datos obrantes en el expediente administrativo, resulta acreditado que el reclamante -padre de la fallecida- realizó una llamada al 112 a las 10:39 horas del día 13 de febrero de 2023, refiriendo que su hija tenía la cara hinchada y precisaba valoración médica. El operador del SAMU que atiende la llamada le indica que debe dirigirse al centro de salud y le facilita el número de teléfono del centro. La segunda llamada se efectúa a las 15:15 horas y, ante la sintomatología referida, se le envía una ambulancia al domicilio, pero cuando llega el equipo médico se constata que ya había fallecido.

Revisada la grabación correspondiente a la llamada realizada a las 10:39 horas, se evidencia, por un lado, que el reclamante comunica al operador del SAMU -al que fue remitido por el 112- los motivos de su llamada en los siguientes términos: “mi hija que tiene la cara hinchada y no habla bien y no quiere más que fumar” (1.^a llamada, 21”, CD folio 45) y, de otro lado, que el operador del SAMU que le atendió era un auxiliar administrativo -como refieren los informes de la Jefa de la Unidad de Coordinación del Programa Marco de

Atención a Urgencias y Emergencias Sanitarias de 8 de enero de 2024 (folios 115 y 116) y de 8 de noviembre de 2024 (folios 110 y 111)- siendo este quien clasificó el incidente como “Varios. Información. Burocracia” y remitió al reclamante a su centro de salud de referencia, facilitándole el número de teléfono e instándole a que llamara él mismo al centro sanitario; de modo que esta primera llamada no fue atendida por personal sanitario del SAMU.

Este hecho es clave para resolver la reclamación y se presenta en el expediente como controvertido; así, en el informe de la Jefa de la Unidad de Coordinación del Programa Marco de Atención a Urgencias y Emergencias Sanitarias de 8 de enero de 2024 (folios 115-116) se explica que el auxiliar administrativo del Centro Coordinador de Urgencias “tiene la responsabilidad de confirmar la dirección del solicitante y de recopilar la información administrativa necesaria, así como los detalles relevantes sobre el motivo de la solicitud. Esta información se utiliza para clasificar el incidente en el sistema informático SMARTCICU, que es la plataforma empleada por el SAMU Asturias para la gestión de la asistencia urgente”. El informe indica que, en este caso, el auxiliar administrativo clasificó el incidente como “información sanitaria” y que tal clasificación “no genera ninguna consulta sanitaria ni movilización de recursos en la plataforma SMARTCICU, no transfiriéndose la llamada a personal sanitario”. Por otro lado, consta en el expediente “el extracto de las llamadas telefónicas” relativas a este incidente (folio 31), documento firmado el 18 de enero de 2024 por un Coordinador Médico -por ausencia de la Jefa de la Unidad-, y en él, respecto de esta primera llamada, se señala que “solicita asistencia sanitaria. Se le facilita número de teléfono de su Centro de Salud (La Magdalena) sin realizarse una correcta valoración sanitaria de la demanda” -este último inciso aparece en el texto en **negrita**-. Estas manifestaciones del propio servicio de salud, motivaron que, en nuestro Dictamen Núm. 165/2024, dispusiéramos la retroacción, a fin de que, en este punto, se expusieran las causas por las que se consideraba que no se había realizado “una correcta valoración sanitaria de la demanda”.

El segundo informe, suscrito por la Jefa de la Unidad el 8 de noviembre de 2024 (folios 110 y 111), no responde de modo concluyente a la aclaración solicitada, pero sí indica que, “en la valoración inicial puede no haberse identificado adecuadamente la totalidad de los síntomas (...) dada la dificultad de comunicación del alertante (...) expresándose de manera ambigua. Utiliza términos como ‘tiene la cara hinchada’, ‘no habla bien’, ‘solo quiere fumar’, ‘está como siempre, hinchada’, ‘para eso llamo, para que venga el médico’”. Reseña que, en tales circunstancias, el personal administrativo responsable de la llamada clasificó el incidente como “Varios. Información” -la codificación completa es “Varios. Información. Burocracia” (folio 29)- y, ante esa clasificación, “el árbol de decisiones que se despliega (...) no indica en ningún momento la necesidad de consulta sanitaria”, por lo que el auxiliar administrativo “se limitó a proporcionarle al alertante el teléfono del centro de salud”.

En este mismo informe, se describe el protocolo aplicable cuando se transfiere una llamada al Centro Coordinador de Urgencias -atendiendo a la petición de retroacción formulada en el Dictamen Núm. 165/2024- y se indica que un auxiliar administrativo atiende la llamada y ha de recopilar “la información relevante sobre la causa de la solicitud de ayuda”, pues las acciones subsiguientes “están supeditadas a la clasificación del incidente” y se determinan “a través del árbol de decisiones del programa”. Según esa clasificación, “se podrán activar automáticamente iconos de consulta sanitaria dirigidos al personal facultativo, así como consultas de enfermería y/o movilización de Unidades Móviles de Emergencia u otros recursos”. En esos casos, el auxiliar administrativo “transfiere la información y la llamada al personal sanitario correspondiente, quien será el encargado de evaluar la situación y enviar los recursos sanitarios, si se considera necesario”.

Los informes aportados por la compañía aseguradora del Servicio de Salud, tanto el primero de 30 de abril de 2024 (folios 52-66) como el de ampliación de 15 de septiembre de 2025 (folios 119-125), concluyen que “no

existe negligencia, culpa y/o mala praxis en la atención telefónica prestada por parte del SAMU 112 (...) el día 13 de febrero de 2023 a las 10:39 de la mañana ya que se actuó acorde a la sintomatología presente en ese momento, que no hacía sospechar gravedad, derivando a la paciente a atención primaria sin denegarse asistencia sanitaria". En suma, la perito de la compañía aseguradora pone el énfasis en que, de la información que facilitó al SAMU el reclamante, no cabría esperar una actuación distinta del servicio de salud. Tesis que asume el Instructor que rubrica la propuesta de resolución, que se detiene en la "ambigüedad" de la comunicación recibida (al referir el alertante que "tiene la cara hinchada", "no habla bien", "solo quiere fumar" o "está como siempre, hinchada") y en la propia actuación del reclamante que, tras la llamada, "se acostó y se quedó dormido más de 4 horas", de lo que cabe deducir que, "en ese momento su hija no impresionaba gravedad".

Resulta de interés detenerse, en este punto, en el informe de ampliación de la compañía aseguradora del Servicio de Salud, puesto que la perito da cuenta de que contactó directamente con la Jefa de la Unidad de Coordinación del Programa Marco de Atención a Urgencias y Emergencias Sanitarias, "ante la posible falta de entendimiento" y que, además de indicarle que el SAMU no dispone de un procedimiento o guía escrita, le explicó que "los operadores (personal administrativo que responde en primer lugar a las llamadas al 112) se guían por un programa llamado SMARTCICU, en el que ellos introducen la sintomatología referida por el paciente y el programa les guía sobre las preguntas que deben realizar y la resolución según las respuestas a estas", como en el programa no existe "árbol lógico para edema facial (cara hinchada)", siempre según la perito, la Jefa de la Unidad "opina que lo más adecuado, hubiera sido transmitirle esta llamada al personal sanitario del SAMU para que la decisión fuera tomada por un médico y no por personal administrativo. No considera que la resolución de derivarla al centro de salud fuera errónea, tan solo, que es una decisión que debería haber tomado el personal sanitario" (folio 123). Aun tratándose de una información que da la

perito por referencia a la conversación que tuvo con la propia Jefa de la Unidad -y en esos términos ha de valorarse-, el sentido es congruente con los informes que la misma Jefa de Unidad firma y constan en el expediente, aunque estos no sean tan explícitos. En cualquier caso, esta consideración pone de relieve que el elemento decisivo para apreciar la corrección no es tanto la naturaleza de la información dada por el alertante, sino si esta debió de ser valorada por el personal médico del SAMU.

Así las cosas, resulta acreditado que la información que presta el reclamante en esa primera llamada de las 10:39 es ambigua, inconexa e incluso podría decirse que confusa, lo que, en una circunstancia como aquella, tampoco puede resultar extraño. No obstante, aun coincidiendo con estas apreciaciones, y precisamente porque la información no es clara, entendemos que el auxiliar administrativo estaba obligado a escalar la llamada al personal sanitario del SAMU. El hecho de que, en el programa informático SMARTCICU, no hubiera una entrada prevista para la sintomatología que presentaba la hija del reclamante -a saber, edema ("cara hinchada"), dificultad en la comunicación ("no habla bien")- exigía que quien decidiese fuese personal clínico. Al no hacerlo así, el auxiliar administrativo excedió de las funciones que el protocolo le encomienda, puesto que, tal y como se describe en el informe de la Jefa de la Unidad de Coordinación del Programa Marco de Atención a Urgencias y Emergencias Sanitarias de 8 de noviembre de 2024, aunque no existe un protocolo escrito, el personal administrativo "tiene la tarea de confirmar la dirección del solicitante, así como de recopilar los datos administrativos necesarios y la información relevante sobre la causa de la solicitud de ayuda"; en modo alguno puede, ante una información ambigua o insuficiente -en la medida en que no estaba prevista en el programa informático SMARTCICU-, adoptar autónomamente una decisión, como fue la de indicar al reclamante que llamara a su centro salud. Al hacerlo de este modo, suplanta el juicio clínico que debió proporcionársele por profesional sanitario, descartando sin criterio la naturaleza médica del incidente. Y, en este punto, discrepamos con la

conclusión de la perito de la compañía aseguradora, quien considera que no es relevante quién tomó esa decisión, puesto que estima que el criterio fue adecuado, lo que entraña una clara petición de principio, puesto que, precisamente la falta de intervención médica revela que la decisión no fue la correcta -pues la adecuada consistía en derivarle al personal sanitario- y esa omisión nos priva de conocer, con certeza, cuál hubiera sido el criterio de haber mediado aquella intervención cualificada.

Por tanto, apreciamos que se ha producido una infracción del protocolo establecido por el propio SAMU, en tanto que el auxiliar administrativo que atendió la llamada de las 10:39 h no la derivó al personal sanitario, de acuerdo con el contenido del protocolo -no escrito-, al que se refiere el mencionado informe de 8 de noviembre de 2024 (folios 110-111), redactado para cumplir con la petición de información adicional derivada del Dictamen Núm. 165/2024, y, en consecuencia, procede estimar la reclamación en los términos que seguidamente explicamos.

Ahora bien, esa omisión administrativa no puede erigirse en la causa eficiente del fallecimiento, pues no cabe tampoco presumir que, de encauzarse adecuadamente -ante la sintomatología que el alertante describe-, se hubiera activado el recurso de soporte vital avanzado, ni que, en caso de hacerlo, cuál hubiera sido el resultado de tal acción. Además, no cabe prescindir de que, en este caso, confluye también la propia actuación del reclamante, en primer lugar, porque, después de que el auxiliar administrativo le facilitase el número de teléfono del centro de salud, no figura que haya llamado para solicitar la asistencia médica (el informe de 14 de marzo de 2024 de la Gerencia del Área Sanitaria expone “que no consta ningún registro” de que “el 13 de febrero de 2023 se haya solicitado asistencia domiciliaria urgente” para la hija del reclamante, folio 49); y, en segundo lugar, porque el propio reclamante reconoce en la segunda llamada de las 15:25 h que, tras la primera llamada al 112, “me eché un rato porque no dormí en toda la noche” (2.ª llamada, 1’20”, CD folio 45). Asimismo, el escrito de reclamación expone que el propio

interesado también informó de la situación y pidió ayuda a la curadora de su hija (folio 6), cuya intervención no consta en el expediente. En conclusión, estas circunstancias concurren, con la inadecuada gestión que el SAMU hizo de la llamada del reclamante, de modo que el luctuoso resultado no puede anudarse únicamente a esta, máxime cuando los informes que obran en el expediente plantean que el resultado podría haber sido el mismo, aun cuando hubiera participado en la atención a la llamada telefónica el personal clínico del SAMU.

En definitiva, como hemos razonado, a la vista del contexto en que acontece el incidente, no cabe imputar la muerte de la hija del reclamante a la gestión de la primera llamada por el SAMU, pues tampoco se advierte una desatención, sino una remisión del alertante al centro de salud. Sin embargo, es evidente que la no intervención del personal sanitario para valorar la llamada incumple el protocolo establecido y provoca en el reclamante una situación de desasosiego asociada a la incertidumbre sobre el curso que hubieran seguido los acontecimientos, en el caso de que su aviso hubiera sido atendido por personal médico o de enfermería del SAMU, lo que permite apreciar un daño moral resarcible para el reclamante, tal y como hemos reconocido en casos análogos a este, por todos en el reciente Dictamen Núm. 32/2026. En él, de acuerdo con el criterio seguido en determinados pronunciamientos judiciales -Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, de 13 de marzo de 2025 -ECLI:ES:TSJM:2025:3340-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 10.^a-, afirmamos que “no se trata aquí de compensar el daño asociado a la pérdida del ser querido, sino un padecimiento más limitado y extraño a los conceptos de los que se sirve el baremo de referencia, como es la angustia o zozobra que pesa sobre los familiares de quien sufre un episodio de estas características cuando, mediando una mala praxis, no alcanzan la certeza de que el fallecimiento fue ajeno a aquella dilación indebida”. Por tanto, y en la línea del citado Dictamen Núm. 32/2026, fijamos prudencialmente la

indemnización, a tanto alzado y por todos los conceptos, en cinco mil euros (5.000 €), suma ya actualizada a la fecha.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que procede declarar la responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias y, estimando parcialmente la reclamación presentada, indemnizar a en los términos expresados en el cuerpo de este dictamen.”

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

Gijón, a la fecha de la última firma electrónica

V.º B.º

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.-