

En Logroño, a 22 de marzo de 2019, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. Joaquín Espert Pérez-Caballero, y de los Consejeros, D. José María Cid Monreal, D. Enrique de la Iglesia Palacios, D. José Luis Jiménez Losantos y D. Pedro María Prusén de Blas, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D. Joaquín Espert y Pérez-Caballero, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

34/19

Correspondiente a la consulta formulada por la Excm. Sra. Consejera de Salud, en relación con la *Reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria formulada por D. J.P.M, en nombre propio, por los daños y perjuicios que entiende causados por el defectuoso funcionamiento del Servicio de emergencia 112 ante un infarto de miocardio que estaba sufriendo el 19 de septiembre de 2017; y que valora en 150.000 euros.*

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del Asunto

Primero

Mediante escrito de fecha 26 de marzo de 2018, registrado de entrada en el Registro de la Consejería el siguiente 11 de abril, el paciente presentó una reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, que se fundamenta, en los siguientes hechos:

-“(El paciente), de 28 años en la fecha de los hechos, con fecha 19 de septiembre de 2017 empezó a sentir un fuerte dolor en el pecho, irradiado a brazo izquierdo, junto con dificultad para respirar, motivo por el que su pareja procedió a llamar al Servicio de emergencias 112. Relata que, ante la falta y defectuosa atención prestada por dicho Servicio (“es imposible que a alguien le esté dando un infarto con 28 años” y “la ambulancia no está debajo de su casa señora, lo que tarde”), decidieron trasladarse, por sus propios medios, al Centro de Salud de Nájera, donde le realizaron un electrocardiograma y comprobaron que estaba sufriendo un infarto de miocardio, siendo necesario su traslado al Hospital San Pedro de Logroño (en lo sucesivo, en este dictamen HSP).

-Manifiesta que la ambulancia tuvo que venir desde Haro, por lo que “el tiempo transcurrido, desde la comunicación del infarto, hasta la llegada del paciente al Centro de Salud de Nájera, la llegada de la ambulancia desde Haro a Nájera y el traslado al HSP de Logroño, fue de 1 hora y 40 minutos”.

-(El paciente) permaneció ingresado en el Servicio de Cardiología del HSP de Logroño desde el 20 al 27 de septiembre de 2017, constando el siguiente diagnóstico al alta: "síndrome coronario agudo con elevación de ST: infarto agudo de miocardio anterior extenso. Trombo minúsculo en DA proximal en cateterismo. Fevi residual ligeramente deprimida (46%). Tn T máxima 5580. Hiperhomocisteinemia. Bajos niveles de ácido fólico. Niveles de HDL bajos y subóptimos de LDL. Tabaquismo. Elevación CK y GOT-GPT ligeras”.

-El reclamante alega que ha sufrido un importante daño físico y moral derivado del prolongado periodo transcurrido desde los primeros síntomas hasta la asistencia hospitalaria y que indicaban que estaba teniendo un infarto y el riesgo que derivaba tal situación para su vida, empeorándose, además, por la demora del traslado al HSP, ante la falta de ambulancia en Nájera”.

El interesado acompaña, a su escrito, los documentos que estima convenientes y, tras exponer los Fundamentos de Derecho que considera aplicables, solicita una indemnización de 150.000 euros en concepto de indemnización.

Segundo

Mediante Resolución de 12 de abril de 2018, se tiene por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial, con efectos del día inmediato anterior y se nombra Instructor del procedimiento.

Tercero

Por carta del día 13 de abril, se comunica al interesado la iniciación del expediente, informándole de los extremos exigidos por los artículos 24.1.2º y 91.3 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento administrativo común de las Administraciones públicas (LPAC'15).

Y, mediante comunicación del mismo día, el Instructor se dirige, a la Dirección del Área de Salud de La Rioja-HSP, solicitando que se le remitan cuantos antecedentes existan y aquellos datos e informes que estimen de interés relacionados con la asistencia prestada en el Servicio Riojano de Salud (SERIS, en concreto en el HSP y en el Centro de Salud de Nájera); copia de la historia clínica relativa a la asistencia reclamada exclusivamente y, en particular, el informe sobre el traslado sanitario que da origen a la reclamación presentada.

Obra, asimismo, en el expediente, un escrito de la Correduría de Seguros del SERIS, de 12 de abril de 2018, en el que comunica que ha dado traslado de la reclamación a la Compañía aseguradora del SERIS.

Cuarto

Mediante escrito de 28 de junio de 2018, la Dirección del Área de Salud remitió, al Servicio de Asesoramiento y Normativa, la historia clínica, los informes aportados por los Dres. B.T.R, F.L.E, L.M.C. y J.G.A, así como nueve archivos de audio.

Quinto

Con fecha 4 de julio de 2018, el Instructor remitió el expediente a la Dirección General de Asistencia, Prestaciones y Farmacia, a fin de que, por el Médico inspector que corresponda, se elaborase el pertinente informe sobre todos los aspectos esenciales de la reclamación, para facilitar la elaboración de la Propuesta de resolución.

Sexto

El 14 de diciembre de 2018, se remitió el Informe de la Inspección médica, de la misma fecha, del que entresacamos lo siguiente:

-“Del escrito de reclamación en general, cabe deducir, que el paciente... califica de defectuosa, tardía y deficiente... la atención sanitaria acontecida fuera del ámbito intrahospitalario. De ello, cabe deducir que la atención que se le prestó dentro de intramuros del Centro Hospitalario, incluida el Área de Urgencias Hospitalarias, el paciente la juzga como correcta y adecuada y, por lo tanto, prescindiremos, en este apartado, de consideración alguna. Centraremos, pues, nuestro objeto de análisis en la atención previa extrahospitalaria que recibió el paciente. Los datos más objetivos que pueden derivarse de este expediente, que incorpora una reclamación previa a la Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja y la contestación a la misma, firmada por la Secretaria General Técnica, son los siguientes:

-Desde que tiene lugar la primera comunicación del familiar del paciente con el (Servicio de emergencias) 112, hasta que llega el mismo (al Servicio de) Urgencias del HSP, transcurre hora y media. Ello no significa que el paciente, como parece desprenderse de su reclamación, no haya recibido asistencia médica, ya que: i) primero, es atendido telefónicamente por un Médico del (Servicio) SOS-Rioja, que, independientemente del contenido de la conversación, toma la decisión inmediata de enviar una ambulancia a su domicilio; y ii) acto seguido, al estar ocupada en otro servicio sanitario, decide enviar un Médico de guardia al domicilio del paciente; iii) posteriormente, toma la decisión, una vez que le llama la Médico de guardia que está atendiendo al paciente, de enviar la ambulancia SVA, que tiene su sede en Haro, a buscar al paciente, al Área de Urgencias del Centro de Salud de Nájera, para que el paciente sea estabilizado, en primer lugar, y trasladado, lo más rápido posible y en las mejores condiciones, al HSP de Logroño.

-En ese intervalo de tiempo, el paciente también es atendido en (el Servicio de) Urgencias del Centro de Salud de Nájera, donde acude voluntariamente, y no por tardanza de la ambulancia a su domicilio, pues desconoce que dicha ambulancia está en ese momento realizando otro servicio cuando toma la decisión de acudir al Centro de Nájera, sin duda, acuciado por la situación de angustia que vive en esos momentos.

-Por tanto, con independencia de que la ambulancia con sede en Nájera, y que no es una SVA, estuviera o no ocupada, el paciente decidió voluntariamente acudir, por medios propios, (al Servicio de) Urgencias del Centro de Salud de Nájera, donde fue atendido, de inmediato, por la Médico de Urgencias de dicho Centro.

-(Sobre) la petición primera de solicitar la UVI móvil (SVA) parte de la Médica de urgencias del Centro de Salud de Nájera, tal como se demuestra en la transcripción de la conversación telefónica con SOS-Rioja; en efecto, a las 23:32, es la Médico la que llama y le dice a la teleoperadora que le pase con el MR porque va a solicitar la UVI móvil. La Médica, a juzgar por el contenido de la conversación entre ambos Facultativos, también desconocía que la ambulancia convencional estaba ocupada realizando otro servicio. Ello indica, de manera manifiesta, que la circunstancia de que la ocupación de la ambulancia convencional, con sede en Nájera, estuviera ocupada no produjo que se retrasara la atención y desplazamiento del paciente al HSP.

-En principio, nadie discute que, cuanto antes se produzca el diagnóstico y tratamiento del infarto agudo de miocardio, mejor es el pronóstico del paciente, tanto de supervivencia como de funcionalismo cardiaco. Dicho lo anterior, lo siguiente sería preguntarnos: ¿dispone La Rioja de los medios suficientes para atender lo más rápidamente estos casos? La primera reflexión es que la respuesta a esta pregunta no puede hacerse en términos absolutos. Siempre es deseable mejorar los recursos disponibles, tanto en sanidad como en otros campos sociales, tales como educación o servicios sociales. La asignación de recursos, así como su financiación, es un tema de distribución de prioridades, que compete esencialmente a la sociedad en su conjunto y a sus representantes políticos e instituciones, de acuerdo con las leyes vigentes.

-Dicho lo anterior, podríamos concretar a lo siguiente: ¿La no existencia de más ambulancias UVI móviles, con base en pueblos de La Rioja con menor número de habitantes implica un riesgo inasumible por incrementar los tiempos de desplazamiento al HSP?; ¿en dónde ponemos los límites?

-Parece sensato, pues, utilizar criterios e indicadores que utilizan organizaciones médico-científicas, tanto nacionales como internacionales, para la atención en países y regiones similares al nuestro.

-En La Rioja, según expone el Coordinador de Equipos, D. BTR, se dispone de tres ambulancias de Soporte Vital Avanzado (SVA, similar a UVI móvil) con centros-base: en Haro, para la Rioja Alta; Calahorra, para la Rioja Baja; y Logroño, para la Rioja Media.

-En el caso que nos ocupa, la activación de la SVA se produjo a las 23:36 y llegó al Centro de Salud de Nájera, a la 23:59. Es decir, tardó 23 minutos en su desplazamiento. Luego, fue preciso, por el personal médico que porta dicha ambulancia, estabilizar clínicamente al paciente, que tardó otros 23 minutos, que es un tiempo razonable, y partir a Logroño al HSP, donde se le espera, ya que ha habido contacto entre el personal sanitario de la SVA y el propio HSP, acerca de la situación clínica del paciente y sus necesidades más inmediatas.

-Las Guías de la Sociedad Europea de Cardiología... contemplan los intervalos de tiempos que considera importantes a la hora de atender el infarto... (y) consideran, entre otros parámetros, los siguientes: i) tiempo máximo desde el primer contacto médico (PCM) y la realización de un ECG (electrocardiograma) para su diagnóstico: menor o igual a 10 minutos; y ii) máxima demora prevista entre el diagnóstico de infarto agudo de miocardio y la ICP (intervención coronaria percutánea) para escoger entre la estrategia de IPC primaria o fibrinólisis: menor o igual a 120 minutos.

-Los parámetros en los que se atiende extrahospitalariamente al paciente (en este caso) se cumplen, con holgura, estos intervalos de tiempo, y, por lo tanto, podríamos deducir que no estuvo sometido a ningún riesgo mayor por lo que el paciente considera atención tardía y deficiente.

-El paciente... no sufrió ninguna complicación en su proceso cardiaco que pudiera ser considerada como consecuencia, directa o indirecta, de una atención que juzga como demorada, retrasada o inadecuada y, por lo tanto, aun suponiendo que hubiera existido (que, por lo expuesto con anterioridad, no lo considero) una asistencia inadecuada, no percibo efecto alguno que pudiera derivarse de la misma.

-Por tanto, ...no ha existido déficit alguno en la atención sanitaria al paciente; ... su estancia de una semana ingresado en el HSP, debe considerarse como habitual en este tipo de procesos y nunca como un daño derivado del periodo transcurrido desde los primeros síntomas hasta la asistencia hospitalaria”.

Séptimo

Figura a continuación, en el expediente, un dictamen de la Consultora médica P, emitido a instancia de la Aseguradora del SERIS, de fecha 10 de octubre de 2018, que establece las siguientes **conclusiones generales**:

-En el caso que nos ocupa, (el paciente) es un joven de 28 años, sin factores de riesgo conocidos en la entrevista telefónica y, aparentemente, sano, que comienza con dolor torácico a las 23 horas.

-La incidencia de síndrome coronario agudo en gente joven aparentemente sana y sin factores de riesgo, es tan baja, a nivel mundial y en España, que no se considera como una primera opción a la hora de sospechar un dolor torácico en pacientes de estas características.

-El Médico regulador (MR), basándose en esta poca incidencia del infarto en este tipo de pacientes, y en vista de que no había criterios de gravedad ni otros síntomas, que así lo indicaran, ordena una ambulancia de Soporte Vital Básico, que, casualmente, en ese momento, está trasladando a otro paciente a Logroño, con causa justificada.

-Cuando ofrece la posibilidad de enviar un Médico a casa que valore ese dolor y lo catalogue como de riesgo o no, la familia decide trasladarlo, por sus medios, al Centro de Salud.

-En el Centro de Salud, cuando tan sólo han pasado 17 minutos de la llamada inicial (23:15), el Médico llama solicitando una UVI móvil, ante la sospecha de un infarto (23:32). Dicha UVI móvil es activada 4 minutos después y llega al Centro de Salud a las 23:59 (44 minutos después de la primera llamada, pero después de haber sido valorado ya, estratificado como paciente de riesgo y atendido por un Médico).

El dictamen establece la siguiente **conclusión final**:

“A pesar de que la sospecha diagnóstica de que el (paciente) estuviera sufriendo un infarto de miocardio, avalada por la epidemiología mundial de este tipo de eventos y por su carencia de factores de riesgo, se procuró, desde el primer momento, de valorarle poniendo todos los recursos al

*alcance según disponibilidad: i) primero, se le ofreció una ambulancia de SVB, que, al estar ocupada, se aceptó que fuera él, por sus propios medios, al Centro de Salud, donde, al ser valorado por un Médico, se le trasladó, en UVI móvil, al HSP. Siendo la primera asistencia por personal facultativo 17 minutos después de la primera llamada alertando del dolor; y ii) por lo tanto, **no cabe pensar, en ningún momento, cualquier tipo de negligencia por parte del SERIS, habiendo actuado en su gestión de recursos según la lex artis ad hoc**”.*

Octavo

Mediante escrito de fecha 20 de diciembre de 2018, notificado el siguiente día 27, el Instructor da trámite de audiencia al interesado.

El día 9 de enero de 2019, comparece, ante la Secretaría General Técnica de la Consejería actuante, en representación del reclamante, un Letrado, al que se le facilita copia de las páginas 58 a 128 de las actuaciones.

Noveno

Mediante escrito de fecha 18 de enero, con registro de entrada el mismo día, se presenta escrito de alegaciones insistiendo en la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

Décimo

Con fecha de 4 de febrero de 2019, el Instructor del expediente emite la Propuesta de resolución en el sentido de que se desestime la reclamación, por no ser imputable el perjuicio alegado al funcionamiento de los Servicios públicos sanitarios.

Décimo primero

La Secretaría General Técnica, el día 5 de febrero, remitió, a la Dirección General de los Servicios Jurídicos en la Consejería de Salud, para su preceptivo informe, el expediente íntegro. El informe es emitido, en sentido favorable a la Propuesta de resolución, el siguiente día 18 del mismo mes.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito fechado el 19 de febrero de 2019, registrado de entrada en este Consejo el inmediato día siguiente, la Excm. Sra. Consejera de Salud del Gobierno de La Rioja, remite al Consejo Consultivo de La Rioja, para dictamen el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

Mediante escrito firmado, enviado y registrado electrónicamente de salida el 21 de febrero de 2019, el Sr. Presidente del Consejo Consultivo, procedió en nombre del mismo a acusar recibo de la consulta, a declarar, provisionalmente, la misma bien efectuada así como a apreciar la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

Tercero

Asumida la ponencia por el Consejero señalado en el encabezamiento, la misma quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo señalada.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

Necesidad y ámbito del Dictamen del Consejo Consultivo

1. En el presente caso, se reclama una indemnización superior a 50.000 euros (en concreto, 150.000 euros), por lo que nuestro dictamen es preceptivo, a tenor de lo establecido en el artículo 11 -g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción dada por la Ley 7/2011, de 22 de diciembre, en relación con: i) el art. 65.4 de la Ley riojana 4/2005, de 1 de junio, de Funcionamiento y régimen jurídico de la Administración de la CAR, redactado por la precitada Ley riojana 7/2011; y, ii) el art. 81.2 de la Ley estatal 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento administrativo común de las Administraciones públicas (LPAC'15); preceptos de los que resulta que procede recabar el dictamen del Consejo de Estado o del Órgano consultivo de la Comunidad Autónoma respectiva, en este caso el Consejo Consultivo de La Rioja, cuando el importe de la indemnización reclamada sea de cuantía igual o superior a 50.000 euros.

2. En cuanto al contenido del dictamen, a tenor del art. 81.2, párrafo 3, de la LPAC'15, el mismo ha de pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de la indemnización, considerando los criterios previstos en la LPAC'15, así como en el art. 34.2 de la Ley estatal 40/2015, de Régimen jurídico del Sector Público (LSP'16), que se remite a los criterios de la legislación en materia fiscal, de expropiación forzosa y demás normas aplicables, ponderándose, en su caso, las valoraciones predominantes en el mercado; y pudiendo, en los supuestos de muerte o lesiones corporales, tomar como referencia la valoración incluida en los baremos de la normativa vigente en materia de seguros obligatorios y de la Seguridad social.

Segundo

Sobre los requisitos exigidos para que surja la responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas.

Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 de la Constitución, 32.1 LSP'15 y 65,67,81, 91.2 LPAC'15) reconoce a los particulares el derecho a ser indemnizados de 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 normal o anormal de los servicios públicos, entendido como cualquier hecho o actuación enmarcada dentro de la gestión pública, sea lícito o ilícito, siendo necesario para declarar tal responsabilidad que la parte reclamante acredite la efectividad de un daño material, individualizado y evaluable económicamente, que no esté jurídicamente obligado a soportar el administrado, y debiendo existir una relación de causa a efecto directa e inmediata, además de suficiente, entre la actuación (acción u omisión) administrativa y el resultado dañoso para que la responsabilidad de éste resulte imputable a la Administración, así como, finalmente, que ejercite su derecho a reclamar en el plazo legal de un año, contado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo (plazo que, en el caso de daños personales de carácter físico o psíquico, empezará a computarse desde la curación o determinación del alcance de las secuelas).

Se trata de un sistema de responsabilidad objetiva y no culpabilístico que, sin embargo, no constituye una suerte de “seguro a todo riesgo” para los particulares que de cualquier modo se vean afectados por la actuación administrativa. En efecto, el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados, derivada de la actividad tan heterogénea de las Administraciones públicas.

Lo anterior es también predicable, en principio, para la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, si bien, como ya dijimos entre otros en nuestro dictamen D.3/07, *“la responsabilidad no surge sin más por la existencia de un daño, sino del incumplimiento de una obligación o deber jurídico preexistente, a cargo de la Administración, que es el de prestar la concreta asistencia sanitaria que el caso demande: es esta premisa la que permite decir que la obligación a cargo de los servicios públicos de salud es de medios y no de resultado, de modo que, si los medios se han puesto, ajustándose la actuación facultativa a los criterios de la lex artis ad hoc, la Administración ha cumplido con ese deber y, en consecuencia, no cabe hacerla responder del posible daño causado, pues no cabe reconocer un título de imputación del mismo”*.

Y, en nuestro dictamen D.29/07, en la misma línea, mantuvimos que los parámetros bajo los que se han de enjuiciar los criterios de imputación del daño a la Administración sanitaria son el de la *lex artis ad hoc* y el de la existencia del *consentimiento informado*, distinguiendo *“si el daño es imputable a la actuación de los servicios sanitarios, por existir un funcionamiento anormal que contraviene los postulados de la lex artis ad hoc o por privar al paciente de su derecho de información o si, por el contrario, el resultado dañoso ha de ser soportado por éste quien, conocedor de los posibles riesgos, ha prestado voluntariamente su consentimiento”*.

Tercero

Sobre la existencia de responsabilidad patrimonial en el presente caso

1. Comencemos por delimitar el ámbito de actuación sanitaria puesto en tela de juicio por la reclamación planteada, que se centra en el que podemos denominar **extra-hospitalario** o previo a la hospitalización puesto que, tanto del escrito de interposición de la reclamación como del presentado extemporáneamente en trámite de audiencia, no se deduce crítica alguna a la atención prestada al paciente por los distintos Servicios que le atendieron desde su ingreso en el HSP de Logroño.

En efecto, en el caso ahora sometido a nuestro dictamen, se pretende fundar la responsabilidad de la Administración sanitaria en el retraso en responder adecuadamente, en forma y tiempo, a la llamada de un familiar del paciente al Servicio de emergencias 112, de manera que, desde que se realizó la llamada hasta la llegada del paciente al HSP de Logroño en la UVI móvil, fue de 1 hora y 40 minutos.

Este lapso de tiempo, según se expone en el escrito de reclamación, *“agravó las consecuencias del infarto padecido y que podrían haberse aminorado sus efectos de haber sido atendido por una ambulancia de SVA (Soporte Vital Avanzado) de forma inmediata una vez se realizó la primera llamada a emergencias”*.

Padece el paciente -se dice- secuelas causadas por este hecho, pendientes de valorar que, por la perentoriedad del plazo, no es posible aportar en este momento. Por último, al daño físico sufrido -añade aquel escrito- habrá que sumarle el daño moral derivado de la inadecuada asistencia telefónica, que transmitía desidia, desinterés por los síntomas que se informaban estaba teniendo el paciente. Se usó un tono sarcástico y un poco burlesco en la conversación que se mantuvo entre el familiar del paciente y el Médico regulador del 112.

2. En principio, rechazamos que se haya producido **daño físico** alguno o, cuando menos, no se ha acreditado en absoluto en el expediente que nos ha sido remitido para dictamen. No hay prueba alguna, en efecto, de que el tiempo transcurrido entre la llamada telefónica al 112 y la llegada del paciente al HSP haya agravado las consecuencias del infarto sufrido, ni que una mayor rapidez en el traslado hubiera minorado sus efectos; falta de prueba que no excusa la alegada perentoriedad del plazo, puesto que, desde el alta tras la hospitalización, 27 de septiembre de 2017, hasta la presentación de la reclamación, 26 de marzo de 2018, hubo tiempo más que suficiente para intentar o preparar dicha prueba.

Independientemente de no ser exacto el tiempo de 1 hora y 40 minutos que se refiere en la reclamación pues fue, en realidad, de 1 hora y 30 minutos, los informes médicos obrantes en el expediente, que hemos de aceptar ante la falta de prueba que los contradiga, afirman tajantemente que el paciente no sufrió complicación alguna en su proceso cardíaco que pudiera ser considerada consecuencia, directa o indirecta, de ese transcurso temporal. De igual modo, consideran que la estancia de hospitalización del paciente durante una semana debe considerarse como habitual en este tipo de procesos y nunca como un daño derivado del período transcurrido desde los síntomas hasta la asistencia hospitalaria.

3. Excluida la existencia de un daño físico, quedaría por analizar el supuesto **daño moral** alegado por el reclamante. A efectos puramente dialécticos, pudiéramos admitir hubiera habido un daño moral pero, de ser así, no sería el descrito en la reclamación (*“inadecuada asistencia telefónica, tono sarcástico y un poco burlesco en la conversación que se mantuvo entre el familiar del paciente y el Médico regulador”*); ello, por dos razones: i) en primer lugar, porque el perjudicado por tal actuación no sería el paciente, sino el familiar que mantuvo la conversación telefónica; y ii) segundo, porque, según el informe del Coordinador de Equipos 061 La Rioja, los modos en que se expresó el MR (médico regulador) tal vez pudieron no ser los más adecuados, pero no se le debe tachar de falta de interés, como acredita sobradamente la atención efectivamente prestada al paciente que más adelante expondremos.

El daño moral, en todo caso, habría consistido en la zozobra, preocupación e, incluso, miedo padecidos por el paciente durante la espera hasta la llegada del transporte adecuado y, posteriormente, hasta su ingreso en el Centro hospitalario.

Ese daño ha podido realmente producirse pero, independientemente del fuerte componente subjetivo de tales sensaciones, para juzgar sobre la posible responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, partamos de los siguientes hechos que pueden considerarse probados:

-El primer contacto del familiar del paciente con el Servicio de emergencias 112 se produce el 19 de septiembre de 2017, a las 23:15 horas. De inmediato, le pasan con el MR que, tras breve conversación telefónica, accede a enviar una ambulancia.

-Al comprobar el MR que la ambulancia convencional está prestando otra asistencia urgente, decide enviar al Médico de guardia de la zona al domicilio. En ese ínterin, se recibe nueva llamada del familiar del paciente comunicando la decisión de acudir, por medios propios, al Servicio de Urgencias del Centro de Salud de Nájera. Son las 23:21 horas del mismo día 19. Previo electrocardiograma, es diagnosticado de síndrome coronario agudo con elevación de ST.

-La UVI móvil, denominada de Soporte Vital Avanzado (SVA), ubicada en Haro, se activa a las 23:36 horas y llega a Nájera a las 23:59. Su personal sanitario médico atiende al paciente para conseguir la máxima estabilización posible antes de proceder a su traslado al HSP de Logroño.

-El paciente sale de Nájera a las 0:23 horas del día 20 de septiembre y llega al HSP a las 0:44 horas. Durante el trayecto, el Médico del SVA comunica telefónicamente con el Cardiólogo hemodinamista de guardia en el HSP, poniéndole al corriente de la situación.

-El paciente ingresa en el Servicio de Urgencias del HSP a las 0:45. Es visto inmediatamente y, una vez explorado y realizado un nuevo electrocardiograma, se activa el protocolo de código de infarto y es trasladado a la UCI para la realización de una coronariografía y tratamiento posterior. Siendo la evolución estable en su estancia en la UCI, sin dolor ni arritmias, se decide su traslado a Cardiología, para continuar evolución y tratamiento.

-En la planta del Servicio de Cardiología, permanece ingresado hasta el 27 de septiembre, y evoluciona positivamente.

-Con posterioridad, el paciente es revisado periódicamente y tratado de sus patologías.

4. Del relato fáctico que antecede, se desprende que los intervalos de tiempo en la respuesta a la llamada al Servicio de emergencia 112 y en atención médica al paciente

hasta su hospitalización cumplen plenamente los parámetros que considera importantes la Sociedad Europea de Cardiología a la hora de atender el infarto de miocardio: i) hay un lapso de tiempo igual o menor a 10 minutos, desde el primer contacto médico a la realización de un ECG para su diagnóstico; y ii) hay un lapso de menos de 2 horas, entre el diagnóstico de infarto agudo de miocardio y la intervención coronaria percutánea, para escoger entre la estrategia de IPC primaria o fibrinólisis.

Por tanto, hemos de concluir que aquel pretendido daño moral no puede ser imputado a la Administración sanitaria, pues no concurre criterio positivo alguno de imputación de responsabilidad a la misma.

5. Hagamos referencia, por último, a la denunciada por el reclamante insuficiencia de medios para atender con mayor rapidez estos casos o, en otros términos, como plantea el informe de la Inspección médica, si la no existencia de más ambulancias UVI móviles implica un riesgo inasumible por incrementar los tiempos de desplazamiento al HSP, riesgo del que pudiera derivarse la responsabilidad de la Administración sanitaria.

Evidentemente, siempre es deseable mejorar los recursos, tanto en sanidad como en otros campos, tales como educación o servicios sociales, pero, con las limitaciones que, desgraciadamente, impone su financiación: se trata de un tema de distribución de prioridades que compete esencialmente la sociedad en su conjunto y a sus representantes políticos e instituciones. Por lo que se refiere, en concreto, al servicio de transporte sanitario, entendemos que responde, en nuestra Comunidad Autónoma, a unos estándares de normalidad perfectamente asumibles como, de hecho, ha evidenciado el caso concreto objeto del presente dictamen.

CONCLUSION

Única

Procede desestimar la reclamación planteada, por no haberse producido daño y, en todo caso, no ser imputable el mismo a los Servicios públicos sanitarios.

Este es el Dictamen emitido por el Consejo Consultivo de La Rioja que, para su remisión conforme a lo establecido en el artículo 53.1 de su Reglamento, aprobado por Decreto 8/2002, de 24 de enero, expido en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO

Joaquín Espert y Pérez-Caballero