

Expediente Núm. 34/2011  
Dictamen Núm. 325/2011

**V O C A L E S :**

*Fernández Pérez, Bernardo,*  
Presidente  
*Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda*  
*Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis*  
*Fernández Noval, Fernando Ramón*  
*Jiménez Blanco, Pilar*

Secretario General:  
*García Gallo, José Manuel*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 10 de noviembre de 2011, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 1 de febrero de 2011, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños y perjuicios derivados del funcionamiento del servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 15 de junio de 2010, la reclamante, que dice actuar en su propio nombre y en el de su hermano, presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos por este último, como consecuencia de la asistencia recibida por el Servicio de Atención Primaria de Pola de Somiedo.

Expone que su hermano comenzó a presentar en septiembre del año

2009 diversos dolores, mareos y dificultades para caminar y que “como consecuencia de las anteriores patologías se le concede baja laboral desde el día 11 de septiembre de 2009, con el diagnóstico de gastroenteritis infecciosa inespecífica”. Ante la persistencia de la sintomatología, el día 18 de septiembre acude nuevamente a su médico de atención primaria que le remite al Servicio de Urgencias del Hospital ....., “sin acompañar informe alguno” y “sin que hasta ese momento se le hubiese realizado prueba alguna”; se le diagnostica lumbalgia y se le remite a consultas externas de Traumatología. El día 16 de octubre se le expide el parte de alta por “mejoría que permite trabajar”, y el 19 del mismo mes es citado por su mutua de trabajo donde, a petición de su hermana, se le “da una tarjeta para que el médico de familia le remitiese al neurólogo”, obteniendo cita para el día 28 de octubre de 2009.

Continúa relatando que, “precisamente el día en que iba a ir al neurólogo (...) pierde la conciencia cuando se hallaba en casa de unas amistades (...), se llama al servicio de emergencias 112 y la doctora de urgencias (...) tarda unos 30 minutos en acudir al lugar donde se hallaba el paciente; sin embargo, la enfermera tardó solamente 7 minutos en llegar”. Indica que la doctora se pone en contacto con el 112 para procurar el traslado del paciente al hospital, “si bien el médico regulador responsable del SAMU 112, ante las afirmaciones de (la doctora), en las que comunica que el paciente supuestamente iba a morir, decide que el transporte se realice en una ambulancia convencional y no en una medicalizada. Durante el traslado el paciente no recibe ninguna clase de tratamiento médico, siendo únicamente acompañado por una enfermera que nada pudo hacer ante las convulsiones”. Añade, que en el hospital ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos, donde se objetiva “gran hematoma intraparenquimatoso”, decidiendo, el mismo día del ingreso, realizar intervención quirúrgica, siendo trasladado a planta el día 13 de noviembre “en situación neurológica de coma vigil”.

Destaca que “el estado de salud del paciente, de tan solo 47 años de edad, era óptimo antes de iniciar su sintomatología dolorosa, salvo la

hipertensión arterial de la que se trataba y que estaba controlada”.

Manifiesta que “no solo ha existido negligencia médica en la fase de diagnóstico de la enfermedad sino que la asistencia sanitaria prestada en el momento de producirse el síncope no fue correcta, pues (...) fue remitido al Servicio de Urgencias en una ambulancia convencional sin que en la misma se le pudiese facilitar oxigenación, situación imprescindible en este tipo de problemas cerebrovasculares”. Además, el traslado se realizó “durante más de dos horas (...), siendo este retraso determinante en las graves lesiones” que actualmente padece y por las que debe “ser ingresado en un centro especializado” ya que requiere “constante ayuda y vigilancia”.

Refiere que no es posible realizar “la evaluación económica de los daños y perjuicios”, determinando “los mismos a efectos cautelares” en la cantidad de tres millones de euros (3.000.000 €).

Adjunta una copia de diversos documentos que forman parte de la historia clínica, de los partes médicos de incapacidad temporal y alta, y del auto del Juzgado de Primera Instancia Nº 7 de Oviedo, de fecha 11 de mayo de 2010, que autoriza la medida cautelar de internamiento. Consta en esta resolución judicial, recaída en pieza separada del proceso de incapacitación del enfermo, que en este procedimiento principal su hermana ha sido designada defensora judicial del presunto incapaz.

**2.** Mediante oficio de 19 de junio de 2010, notificado el día 30 del mismo mes, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios (en adelante Servicio instructor) comunica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación “en la Administración del Principado de Asturias”, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

**3.** Con fecha 29 de junio de 2010, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita a la Gerencia de Atención Primaria Área IV, a la

Gerencia del Hospital ..... y a la Unidad de Coordinación de Atención a las Urgencias y Emergencias Médicas, una copia de la historia clínica del perjudicado, los informes de los facultativos intervinientes en el proceso asistencial y la grabación telefónica acompañada de su transcripción literal, respectivamente.

4. Mediante escrito de 8 de julio de 2010, el responsable del Servicio del Área de Reclamaciones del hospital remite al Servicio instructor copia de la historia clínica. En ella figuran, entre otros, los siguientes documentos: a) Parte de interconsulta, de fecha 18 de septiembre de 2009, en el que consta que el paciente "hace 10 días tuvo gastroenteritis en que adelgazó 5 kg, desde entonces se encuentra mal con un dolor a nivel lumbar en cinturón todo el tiempo". b) Informe del Área de Urgencias del hospital, del día 18 de septiembre de 2009, con impresión diagnóstica de "lumbalgia". c) Informe del Servicio de Neurocirugía, de fecha 24 de mayo de 2010, en el que consta que el paciente ingresa el día 28 de octubre de 2009 "desde el Servicio de Urgencias por deterioro del nivel de conciencia (...). En Angio-TC se observan aneurismas a nivel de bifurcación y arteria cerebral media derecha. Se realiza intervención quirúrgica urgente (...). Tras ingreso en UCI es reintervenido el 30-10-09 realizándose cirugía descompresiva (...), la evolución posterior ha sido desfavorable desde el punto de vista neurológico, evolucionando a estado vegetativo permanente (...). Tras ser valorado es trasladado a fecha de hoy a centro privado para continuar tratamiento rehabilitador. Precisa enfermera para traslado".

5. Con fecha 8 de julio de 2010, la Jefa de la Unidad de Coordinación de Atención a las Urgencias y Emergencias Médicas remite al Servicio instructor la transcripción literal y una copia de la grabación telefónica, correspondiente a la asistencia prestada el día 28 de octubre de 2009, acompañadas del informe emitido por el Coordinador del SAMU.

En este informe se recoge la secuencia temporal de los hechos, comenzando por las 05:48 horas del día 28 de octubre, “cuando una alertante solicita asistencia médica en Pola de Somiedo para un varón de aproximadamente 44 años (...). A las 05:52 horas se informa de la necesidad asistencial a la DUE de Somiedo (...). A las 05:53 horas se establece comunicación con la médica (...). A las 05:58 horas desde la sala de teleoperación del SAMU se solicita al Centro de Coordinación de la empresa de ambulancias la activación de la ambulancia de Somiedo para recoger al médico en el consultorio (...) y dirigirse posteriormente al domicilio en el que se encuentra el paciente (...). A las 06:30 horas la médica de Somiedo solicita hablar con el médico regulador del SAMU (...). A las 07:50 horas un médico de urgencias del (Hospital .....) llama al SAMU para interesarse por el traslado que se está realizando desde Somiedo de un paciente con un supuesto ACV hemorrágico (...). A las 08:30 horas el SAMU informa al (Hospital.....) de que el traslado de Somiedo llegará a ese hospital en 2 ó 3 minutos”.

**6.** Con fecha 12 de julio de 2010, el Gerente de Atención Primaria remite al Servicio instructor, entre otros, los siguientes documentos: a) Informe de fecha 24 de noviembre de 2009, suscrito por la Médica de Familia que atendió la urgencia, en el que refiere que, al llegar al domicilio donde se encontraba el paciente, los ocupantes de la casa le relatan que “cuando oyeron ruidos eran las 12 de la noche, los ruidos eran respirar muy fuerte, que al no ser familia suya no se atrevieron a entrar, que él no contestó, y al seguir oyendo el mismo ruido, deciden entrar a las 5 de la madrugada”. A continuación habla con el médico de sala del 112 y le informa de que “no se trata de una convulsión (...) que por el tiempo de evolución no entra en los criterios de código Ictus, el helicóptero por la noche no vuela” y que la “UVI móvil hasta aquí no llega”, por lo que se decide trasladar al enfermo en ambulancia y “si la situación cambia, la UVI Móvil sale al encuentro”. El traslado se realizó “con sueroterapia y Ventimask 3 litros”. b) Informe de la misma Médico de Familia que estaba de

guardia, fechado el 14 de julio de 2010, en el que expresa que el consultorio local cuenta únicamente con “una ambulancia convencional, un todo terreno muy útil (...) en la que se hizo el traslado urgente por orden del 112 (...), para no perder más tiempo (...), la UVI móvil tenía que venir desde Oviedo, por lo que se retrasaría bastante más el traslado del paciente, el médico del 112 dijo que lo antes posible el traslado y si había algún cambio venía la UVI móvil al encuentro; la intubación reglada que se le hizo en Urgencias, hecha en el arcén de la carretera retrasaría bastante más la evacuación del hematoma cerebral”.

c) Informe del Médico Adjunto y Responsable de Docencia del Área de Urgencias del Hospital ....., de 3 de diciembre de 2009. En él hace constar que el paciente “llegó a las 8:04 horas en una ambulancia convencional y acompañado de una enfermera. En ese momento presentaba una puntuación de 3 en la Escala de Coma de Glasgow, una saturación arterial de Oxígeno del 54%, una frecuencia cardiaca de 120 latidos por minuto, una presión arterial de 100/80 mmHg y unas pupilas anisocóricas y reactivas. Ante esta situación se procedió a su intubación orotraqueal y posteriormente se le realizó un TC craneal que fue informado como “gran hematoma intraparenquimatoso en núcleos de la base dcho. abierto a ventrículos con gran efecto masa e hidrocefalia” (...); se solicitó valoración e ingreso por parte del Servicio de Medicina Intensiva”.

7. Con fechas 21 de julio y 3 de agosto de 2010, el Gerente de Atención Primaria remite al Servicio instructor la siguiente documentación complementaria: a) Hojas de episodios en las que se recogen las consultas realizadas por el enfermo en su centro de salud. b) Informe de fecha 22 de julio de 2010, suscrito por la enfermera del consultorio local que realizaba la guardia de enfermería el día de la emergencia. En el mismo, indica que “me encuentro a un paciente, efectivamente inconsciente, con respiración ruidosa, que no responde a estímulos (...), le coloco en posición lateral de seguridad, compruebo tensión arterial, pulso, glucemia y vía venosa./ Cuando llega el

médico me ordena poner Benerva y Benadón intramuscular; dos ampollas de Somazina en el suero; y 2 mg de Valium en dos veces; se intenta poner tubo Guedel por apertura inadecuada de la boca o no óptima, no se puede; coloco mascarilla de Ventimask a 3 l/min./ Se me indica que se va a proceder al traslado (...), durante el transporte el paciente continúa inconsciente y no responde a estímulos". c) Informe de fecha 27 de julio de 2010 del Médico de Familia al que estaba adscrito el enfermo, en el que manifiesta que el paciente "no cuidaba adecuadamente su salud, en cuanto a la conducta de beber alcohol y de fumar. Incluso dejando de tomar en varias ocasiones la medicación que tenía prescrita por su hipertensión arterial".

**8.** Con fecha 13 de septiembre de 2010, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él describe los hechos y procede a su valoración, indicando que "las conversaciones entre el 112 y los sanitarios de guardia" permiten concluir que se movilizaron todos los recursos disponibles -médico, enfermera de guardia y ambulancia convencional todoterreno-, y que "el traslado se hizo con prontitud, en tan solo una hora y un minuto". Argumenta que "el hecho de no haber movilizado la UVI móvil en un paciente en situación de coma (...) y estable hemodinámicamente, no habría supuesto una ganancia temporal significativa y en consecuencia no ha podido representar para el perjudicado una pérdida de oportunidad". Añade que no consta que el paciente "hubiera convulsionado en el trayecto hasta el hospital, como que tampoco su estado haya experimentado ninguna variación".

Razona, asimismo, que la cefalea previa a este episodio "podía obedecer a múltiples causas" y "en ningún caso respondía al patrón de cefalea típica de hemorragia subaracnoidea, ni se acompañaba de la sintomatología habitual", por lo que aprecia que la cefalea "nada tiene que ver con el cuadro hemorrágico sufrido más tarde (...), pudiendo venir justificada por varias causas: tabaquismo, HTA no tratada, etc.". Concluye el técnico informante que

el traslado al hospital “se hizo con prontitud” y que si una UVI móvil hubiera salido al encuentro de la ambulancia, “la ganancia temporal habría sido mínima”, dada la necesidad de transferir al paciente de un vehículo a otro para su intubación, “y en nada hubiera modificado las expectativas del perjudicado, víctima de un cuadro hemorrágico cerebral ocurrido seguramente varias horas antes y en el que el daño cerebral estaba ya instaurado y era irreversible”.

**9.** Mediante escritos de 17 y 20 de septiembre de 2010 se remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias, y del expediente completo a la correduría de seguros, respectivamente.

**10.** Con fecha 30 de noviembre de 2010, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por cinco especialistas en Medicina Interna. En él afirman que “el paciente era bebedor importante y tenía una hipertensión arterial para la cual no seguía correctamente el tratamiento. Ambos son factores favorecedores de la hemorragia intraparenquimatosa (...), este tipo de hemorragia tiene un pronóstico fatal y la mortalidad se aproxima al 100% (...). Este enfermo sobrevivió gracias a la actuación enormemente diligente de los médicos que le atendieron (...). No hubo retraso en la actuación diagnóstica antes de que apareciese la hemorragia porque inicialmente el paciente no había presentado ningún síntoma que hiciese pensar en sintomatología intracraneal (...). Cuando el paciente refirió cefalea, no existía ningún signo de alarma que justificase un estudio urgente (...), aunque se hubiese realizado un TAC urgente no se podría haber diagnosticado el aneurisma cerebral (...). Cuando el paciente presentó una hemorragia cerebral la forma y tiempo de traslado fueron correctas”.

**11.** Mediante escrito notificado a la reclamante el día 20 de diciembre de 2010, se le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días,



y se le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente. El día 23 del mismo mes, la interesada se presenta en las dependencias administrativas y obtiene una copia del mismo, compuesto por doscientos sesentas y tres (263) folios numerados, según se hace constar en la diligencia extendida al efecto.

**12.** Con fecha 10 de enero de 2011, mediante escrito presentado en el registro de la Administración del Principado, la reclamante formula alegaciones en las que manifiesta que “a la vista del expediente administrativo, es evidente que hubo negligencia médica al no utilizar una UVI móvil para el traslado del paciente”. Reitera el *quantum* resarcitorio de su escrito inicial, en concepto de compensación para ambos, ella y su hermano, “por la atención y cuidados prestados al enfermo” y “por las graves lesiones sufridas”, respectivamente.

**13.** Con fecha 13 de enero de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En la misma se afirma que “el manejo de este paciente por parte de su médico de familia fue correcto, pues sus quejas por la cefalea que decía padecer no fueron desatendidas al solicitar una interconsulta con el servicio especializado correspondiente. Las características de esta cefalea no se correspondían con la típica de la hemorragia subaracnoidea, ni se asociaba con otros síntomas habituales de esta entidad, por lo que no tiene que ver con el cuadro hemorrágico sufrido más tarde”. Añade que “la asistencia del cuadro hemorrágico cerebral por parte del 112 y del equipo médico de guardia (...) fueron adecuados a las circunstancias y al estado del paciente, decidiéndose en vista de ello priorizar su traslado a un centro sanitario con los medios disponibles en ese momento (...), es decir, en la ambulancia convencional todoterreno (...). Los pacientes con hemorragia cerebral no precisan ninguna medida especial durante el traslado, que duró apenas una hora, en el

transcurso del cual no se produjo ningún cambio sustancial en el estado del paciente”.

**14.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 1 de febrero de 2011, registrado de entrada el día 7 del mismo mes, 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 y Servicios Sanitarios, cuyo original adjunta.

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 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), están los interesados activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

Ahora bien, la reclamante ejercita su acción indemnizatoria por el daño irrogado tanto a ella misma como a su hermano, cuya representación asume, fijando en globo una compensación para ambos “por la atención y cuidados prestados al enfermo” y “por las graves lesiones sufridas”, respectivamente.

El vínculo fraternal queda acreditado a la vista de la documentación obrante en las actuaciones; singularmente, consta ese parentesco en el auto judicial que resuelve sobre la autorización de la medida cautelar de internamiento.

Sin embargo, advertimos que no consta debidamente acreditada en el expediente la representación que la actuante afirma ostentar, toda vez que su designación como defensor judicial de su hermano en el proceso de incapacitación -que consta en el auto recaído en la pieza separada de internamiento- lo es únicamente a efectos de defensa del presunto incapaz en aquel proceso principal (artículo 758 de la ley riuaria), correspondiendo la representación legal del desvalido al Ministerio Fiscal en tanto no recaiga resolución judicial que ponga fin al procedimiento o se nombre un administrador de bienes (artículos 299 bis del Código Civil y 3.7 del Estatuto Orgánico del Ministerio Fiscal), aunque ello no obsta a la inatacabilidad de los actos que puedan ejecutarse en calidad de guarda de hecho en cuanto redunden en utilidad del presunto incapaz (artículo 304 del Código Civil). En consecuencia, hemos de advertir que falta la acreditación de la representación que la firmante dice ostentar, si bien la Administración ha tramitado el procedimiento sin poner objeción alguna y la mencionada carencia no debe conducir a inutilizar unos trámites que habrían de redundar en beneficio del enfermo desasistido. Dado que los artículos 71 y 32.4 de la referida LRJPAC autorizan a subsanar la insuficiente acreditación de la representación, el órgano administrativo deberá comunicar a la solicitante que disponen de un plazo de diez días para corregir tal omisión. De modo que si 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 y representación.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

**TERCERA.-** En cuanto al plazo de presentación de la reclamación, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que “En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse 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 junio de 2010, habiendo tenido lugar los hechos de que trae origen el mes de octubre del año anterior, por lo que es claro que lo fue dentro del plazo de un año legalmente determinado.

**CUARTA.-** El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC y en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

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.

No obstante, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.4, letra b), de la referida LRJPAC

**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 139 de la LRJPAC 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, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos”. 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 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares,

sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, y c) que no sea producto de fuerza mayor.

**SEXTA.-** Imputan los reclamantes a la Administración sanitaria el daño derivado del estado de invalidez en que se encuentra el hermano de la firmante de los escritos, por considerar que “ha existido negligencia médica en la fase de diagnóstico de la enfermedad”, que debió detectarse con anterioridad, y con ocasión de la asistencia prestada en el momento de producirse el síncope, pues “fue remitido al Servicio de Urgencias en una ambulancia convencional” y “el traslado se realizó “durante más de dos horas (...) siendo este retraso determinante” del coma vigil que actualmente padece.

En este contexto, no habiendo duda del daño para el enfermo por el que se reclama, los interesados basan su argumentación en la existencia de un nexo causal entre el actuar de la Administración sanitaria y la situación comatosa del paciente, lo que nos remite a la cuestión de si se le dispensó la atención adecuada con la debida prontitud.

Al respecto, hemos de recordar que el servicio público sanitario, dirigido siempre a procurar la curación del paciente, constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, de modo que no puede imputarse sin más a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el

paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*. Este criterio opera no sólo en la fase de tratamiento dispensado a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se vincula, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado -aunque no siempre pueda garantizarse que éste sea exacto- de los síntomas manifestados, y al posterior tratamiento de la enfermedad identificada.

En el análisis de la presente reclamación debemos recordar que la *lex artis* constituye un parámetro de valoración de actos médicos concretos, pero no circunscribe su alcance al enjuiciamiento aislado de éstos, sino que, en la medida en que la actividad médica se ejerce en un contexto o marco organizativo preciso, obliga a valorar este factor -la organización sanitaria en que se desarrollan- a la hora de enjuiciar el funcionamiento del servicio público.

En lo que se refiere al fondo del asunto, y como ya hemos sostenido en otros dictámenes (Núm. 129 y 192 de 2006), los conocimientos médicos, y con más razón los propios de una especialidad (en este caso neurológica), son ajenos al Consejo Consultivo, pero ello no implica que no debamos entrar en el análisis de los errores alegados y, en consecuencia, pronunciarnos sobre la corrección de la práctica médica. Este examen ha de desarrollarse, necesariamente, con una lógica prudencia, teniendo en cuenta los diferentes informes médicos aportados, contrastándolos con las alegaciones de la reclamante y teniendo presente que, de acuerdo con los principios jurídicos *necessitas probandi incumbit ei qui agit* y *onus probandi incumbit actori*, pesa sobre esta la carga de la prueba.

En el procedimiento sometido a nuestro análisis, los reclamantes fundan su pretensión resarcitoria en una supuesta dilación en el correcto diagnóstico

del enfermo, unida a una posterior negligencia, consistente en haber trasladado al enfermo en una "ambulancia convencional" y no en UVI móvil, y en la excesiva tardanza en ese traslado al Servicio de Urgencias.

La Administración ha incorporado al expediente un informe técnico de evaluación, realizado por una Inspectora de Prestaciones Sanitarias, y un dictamen suscrito, colegiadamente, por cinco especialistas en la materia, a instancias de la compañía aseguradora del Principado de Asturias, y ambos informes resultan coincidentes a la hora de valorar positivamente la adecuación de la actividad sanitaria a lo que hemos definido como *lex artis*. Frente a ello, y a falta de otras pruebas o pericias en sentido contrario, lo razonado por la interesada no alcanza a destruir el valor probatorio de los informes técnicos aportados por la Administración, según analizaremos a continuación.

Respecto al primero de los motivos, y con carácter previo a cualquier otra consideración, hemos de reparar en la ausencia de informe pericial que avale siquiera la relación de la cefalea sufrida días antes con el posterior cuadro hemorrágico, o la abstracta posibilidad de la existencia del aneurisma en aquel momento. Por contra, el informe técnico de evaluación repara en que la cefalea, síntoma que presentaba el paciente, "en ningún caso respondía al patrón de cefalea típica de hemorragia subaracniodea, ni se acompañaba de la sintomatología habitual", por lo que se aprecia que esa dolencia "nada tiene que ver con el cuadro hemorrágico sufrido más tarde (...), pudiendo venir justificada por varias causas: tabaquismo, HTA no tratada, etc.". En idéntico sentido, el dictamen librado a instancias de la aseguradora del Principado concluye que "no hubo retraso en la actuación diagnóstica antes de que apareciese la hemorragia porque inicialmente el paciente no había presentado ningún síntoma que hiciese pensar en sintomatología intracraneal (...). Cuando el paciente refirió cefalea, no existía ningún signo de alarma que justificase un estudio urgente (...), aunque se hubiese realizado un TAC urgente no se podría haber diagnosticado el aneurisma cerebral".



En definitiva, este Consejo entiende, y así lo ha manifestado en anteriores dictámenes, que no es posible exigir a los profesionales médicos un diagnóstico precoz e indubitado antes de que aparezcan los síntomas que lo evidencien con certeza. En el caso aquí examinado, el desenlace se anuda a la patología de base del paciente, sin que se acredite ninguna actuación de los profesionales que le atendieron contraria al buen quehacer médico o disconforme con la *lex artis*, pues tanto su conducta como la práctica de las correspondientes pruebas se ajustaron a la sintomatología que el paciente presentó en cada momento, no constando siquiera que la cefalea guarde relación con el posterior cuadro hemorrágico ni que este hubiera sido advertido en caso de haber realizado entonces otras pruebas diagnósticas disponibles.

En lo que afecta al traslado del enfermo en ambulancia convencional y la apuntada tardanza de “más de dos horas”, hemos de atender a las conversaciones transcritas y a los informes de la médica de familia que atendió la urgencia. En ellos se recoge que “el helicóptero por la noche no vuela” y que el consultorio local cuenta únicamente con “una ambulancia convencional (...) en la que se hizo el traslado urgente por orden del 112”, a la vista de que “la UVI móvil tenía que venir desde Oviedo, por lo que se retrasaría bastante más el traslado del paciente”, motivo por el que “el médico del 112 dijo que lo antes posible el traslado y si había algún cambio venía la UVI móvil al encuentro”. Reseña también la técnico informante que “la intubación reglada que se le hizo en Urgencias, hecha en el arcén de la carretera retrasaría bastante más la evacuación del hematoma cerebral”. Queda igualmente documentado que el tiempo invertido en el traslado del enfermo al hospital se sitúa en torno a la hora, lejos de la dilación invocada de parte. A la luz de tales antecedentes, los sucesivos informantes manifiestan que la forma y tiempo del traslado fueron correctos, concretándose, en el informe técnico de evaluación, que se tardó “una hora y un minuto” y que “si una UVI móvil hubiera salido al encuentro de la ambulancia, “la ganancia temporal habría sido mínima”, dada la necesidad de transferir al paciente de un vehículo a otro para su intubación, “y en nada

hubiera modificado las expectativas del perjudicado, víctima de un cuadro hemorrágico cerebral ocurrido seguramente varias horas antes y en el que el daño cerebral estaba ya instaurado y era irreversible". En suma, por un lado no se acredita que otra forma de transporte hubiera alterado el resultado final; por otro, no se aprecia la disponibilidad de un medio más rápido o adecuado y, finalmente, no se constata ninguna infracción de la *lex artis*, por cuanto el estado del paciente, según los técnicos informantes, no revelaba la necesidad de recurrir a una UVI móvil más distante al lugar en que se encontraba el enfermo y no apta para el acceso al mismo.

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.