

Expediente Núm. 267/2014
Dictamen Núm. 274/2014

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, Rosa María
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 27 de noviembre de 2014, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 8 de octubre de 2014 -registrada de entrada el día 23 del mismo mes-, 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 23 de enero de 2014, la interesada presenta en una oficina de correos una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de su esposo a causa de la atención dispensada por el servicio público sanitario.

Expone que su marido había sido intervenido en el año 2013 en un centro sanitario privado para tratar una hernia discal, y que el 12 de enero de 2014 ingresa de nuevo “para ser tratado de unos dolores de espalda”. Tras describir la asistencia que se le prestó en este centro privado, señala que a la una y cuarto de la madrugada del día 20 de enero de 2014 recibe una llamada del hospital para comunicarle que su esposo “había empeorado, que tenía una ‘neumonía bilateral’, que ‘posiblemente podría estar afectado de gripe A’ y que lo estaban preparando para trasladarlo al Hospital ‘X’, en donde (...) tenían los medios necesarios para tratarlo”. Precisa que salió de inmediato camino del hospital y que los “recibió un celador -o un guarda, no parecía médico ni enfermero-” que lo único que nos “dijo fue que nos desplazásemos hasta el Hospital ‘X’ y que ‘allí nos explicarían’./ Ya en el Hospital ‘X’ nos atendió otra persona” que nos comentó que “mi marido ‘había llegado ya muy grave’, que lo podíamos pasar a ver y que tenían intención de trasladarlo al Hospital ‘Y’, porque (...) en (...) ningún hospital más próximo ‘tenían cama disponible en la UVI’”, aclarando que “eran aproximadamente las tres de la madrugada”.

Manifiesta que llegaron al referido hospital “al mismo tiempo que la ambulancia”, siendo “ya más de las cuatro de la mañana (...). La médica de guardia nos dijo que el estado de mi marido era gravísimo, explicando que tenía los dos pulmones encharcados en sangre, que lo estaban hiperventilando, que salía sangre y que se temía lo peor. El siguiente aviso que nos dieron fue ya el de que mi marido había empeorado (...), que fuésemos a la UVI, y al llegar allí la misma médica nos dijo que había fallecido”.

Solicita que se recabe informe de las actuaciones llevadas a cabo por los “Hospitales ‘Z’, ‘X’ e ‘Y’, así como por los servicios de ambulancia (incluyendo en cuanto a estas copia de las grabaciones efectuadas durante los traslados), y por cualquier otra persona o personal que haya intervenido en la atención en los hospitales y/o en los sucesivos traslados, en relación con el paciente (...), desde su ingreso el día 12 de enero y hasta su fallecimiento el día 20 de enero de 2014”. Asimismo, requiere un informe sobre “las que se han

dictaminado como causas del fallecimiento; con realización para ello de las pruebas que sean necesarias sobre las muestras o cultivos que en los centros hospitalarios se conservan". Finalmente, pide que se la "tenga por parte en el expediente que sobre estos hechos y a partir de mi reclamación ha de iniciarse".

Adjunta a su escrito una copia del Libro de Familia.

2. El día 31 de enero de 2014, el Gerente del Área Sanitaria VIII envía al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios una copia de la historia clínica del fallecido. Obra en ella un informe de alta de la UCI, de 20 de enero de 2014, en el que consta que fue ingresado en el Hospital "Z" "por lumbociatalgia para control del dolor, presenta el sábado cuadro de vómitos, esta mañana refiere su mujer que tenía la TA baja, febrícula y dolor en costado derecho. Esta noche fiebre elevada (39º), disnea y mal estado general, siendo trasladado al Hospital 'X' con el (diagnóstico) de neumonía bilateral, precisa ser intubado en la UVI móvil./ Ante la falta de camas en dicho centro es trasladado con los diagnósticos de "shock séptico de origen respiratorio./ Bronconeumonía bilateral./ Fracaso multiorgánico: coagulopatía, hemodinámico y renal". En el apartado relativo a evolución y comentarios, se indica que se trata de un "paciente joven, sin antecedentes de interés, trasladado del H. 'X' ante falta de camas en UCI por sospecha de bronconeumonía grave por gripe/neumonía nosocomial, que estaba ingresado en H. 'Z' para control del dolor por lumbociatalgia derecha./ Situación de shock séptico refractario y fracaso multiorgánico con fallo hemodinámico, renal y CID./ Desde su llegada situación ventilatoria muy dificultosa, con altas presiones en vía aérea, que no permite entrada de volumen fijado con ninguna modalidad ventilatoria, ni con el paciente sedo relajado. No se consigue Sat>40% con FiO2 al 1. Abundantes y constantes secreciones hemáticas por tubo endotraqueal. Parada cardíaca que no responde a maniobras de RCP. Exitus a las 6:20 h". Se refleja la impresión

diagnóstica de "shock séptico de origen respiratorio./ Bronconeumonía bilateral a descartar gripe A/neumonía nosocomial./ Fracaso multiorgánico./ Exitus".

3. Con la misma fecha, la Gerente del Área Sanitaria V remite al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios una copia de la historia clínica del perjudicado existente en el Hospital "X".

4. El día 27 de enero de 2014, una Médica Inspectora y una Inspectora DUE elaboran un informe sobre la asistencia prestada al esposo de la reclamante en el centro sanitario privado donde permanecía ingresado con carácter previo a su traslado al Hospital "X" en la madrugada del 20 de enero de 2014, todo ello con base en el "acta general de inspección" levantada el 24 de enero de 2014 en el referido centro y en la historia clínica del fallecido que obra en el mismo.

Mediante oficio de 5 de febrero de 2014, el Hospital "Z" remite a la Inspección Médica documentación relativa al "número de infecciones registradas por '*Ps. aeruginosa*' durante el periodo de 01-01-2013 a 31-01-2014", poniendo de relieve que "desde el 22-8-2013 hasta el día de hoy, 5-2-2014, no se ha aislado *Pseudomona aeruginosa*".

5. Mediante oficio de 10 de febrero de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario 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. En el mismo escrito le concede un plazo de diez días para que proceda a la "cuantificación económica del daño".

En respuesta a este requerimiento, el día 13 de febrero de 2014 presenta esta en una oficina de correos un escrito en el que evalúa los daños y perjuicios sufridos en la cantidad de ciento treinta mil euros (130.000 €).

6. Con fecha 25 de marzo de 2014, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto elabora el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él indica que el perjudicado "ingresó en el Hospital `Z´ (...) para estudio y tratamiento de una lumbociatalgia. No fue remitido a este centro privado por el servicio público de salud (...) ni recibió asistencia concertada. Se le administró tratamiento analgésico intravenoso mediante bomba de infusión. Al 6.º día de su ingreso presentó febrícula y flebitis en la vía venosa periférica, y 24 horas más tarde dolor en hemitórax derecho, fiebre elevada, dificultad respiratoria y deterioro de su estado general, lo que motivó su traslado urgente" al Hospital "X", "intubación orotraqueal para ventilación mecánica e ingreso en UCI" en el Hospital "Y". Añade que se le "diagnosticó una neumonía bilateral, shock séptico y fracaso multiorgánico", falleciendo a "las pocas horas", y precisa que "no se solicitó necropsia". Subraya que en tres "hemocultivos extraídos" en el Hospital "X" "creció *Ps. aeruginosa*", por lo "es posible afirmar que el pasado 19-1-14 (...) presentó una neumonía bilateral nosocomial adquirida en el Hospital `Z´ (...) y bacteriemia por *Ps. aeruginosa*, con desenlace fatal. Se desconoce si presentaba algún tipo de inmunodepresión./ La actuación urgente del (servicio público de salud) se ajustó a la *lex artis*, ya que se utilizaron todos los recursos diagnósticos y terapéuticos adecuados al (...) cuadro clínico", tanto en el traslado en ambulancia desde el Hospital "Z" al Hospital "X" como en el Servicio de Urgencias de este centro y en la UCI del Hospital "Y". Sostiene que "el paciente recibió tratamiento antibiótico empírico y medidas de soporte vital adecuadas en tiempo y forma. No se puede afirmar que la evolución del cuadro se debiera a una atención inadecuada, dada la gravedad de su patología infecciosa". Aclara que "la mortalidad atribuible a la neumonía aguda grave por *Pseudomonas aeruginosa* es cercana al 40%, y si se acompaña de diseminación sistémica el pronóstico empeora notablemente, con cifras superiores al 50%".

Considera que "debería haberse practicado la autopsia (...), lo que no consta en la historia clínica del paciente", pues "de no haber sido positivo el

resultado de los hemocultivos extraídos en el Servicio de Urgencias” del Hospital “X” “no habría sido posible el diagnóstico definitivo del cuadro clínico”.

Concluye que el paciente “ingresó en el Hospital ‘Z’ (...) para estudio y tratamiento de un cuadro de lumbociatalgia. A la semana de su ingreso se le diagnosticó una neumonía bilateral nosocomial, shock séptico y fracaso multiorgánico. Fue trasladado de urgencia al Hospital ‘X’, ingresando” posteriormente en la UCI del Hospital ‘Y’ y falleciendo “a las pocas horas pese a todos los esfuerzos terapéuticos, que incluyeron antibioterapia de amplio espectro empírica. El resultado de 3 hemocultivos extraídos en el (Hospital ‘X’) permitió demostrar una bacteriemia por *Pseudomonas aeruginosa*”.

Finalmente, sostiene que “toda la actuación” del servicio público de salud “fue correcta y ajustada a la *lex artis*, aunque no pudo impedir el desenlace final, dada la evolución fulminante del cuadro clínico” que presentaba, por lo que “la reclamación formulada no se considera pertinente y se propone desestimar la misma”.

7. Mediante escritos de 7 de abril de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario remite una 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.

8. El día 14 de abril de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario dicta providencia por la que se incorpora al expediente el “informe realizado por la (...) Inspectora de Prestaciones Sanitarias” designada para elaborar el informe técnico de evaluación el 14 de febrero de 2014. En él se indica que “se ha detectado un caso de infección nosocomial por *Pseudomonas aeruginosa* adquirida en el Hospital ‘X’ (...) en un paciente aparentemente inmunocompetente (...). La asistencia prestada por el servicio público de salud fue correcta e incluyó tratamiento de soporte vital e inicio de antibioterapia de amplio espectro precoz, lo que no pudo evitar un deterioro

rápidamente progresivo y el fallecimiento del paciente en menos de 24 horas desde el inicio de los síntomas. La literatura científica aporta cifras elevadas de mortalidad y mal pronóstico en este tipo de infección (...). No se solicitó necropsia, pese a estar indicada dadas las características del cuadro clínico (...). Se han aportado datos microbiológicos de infección por *Pseudomonas aeruginosa* en pacientes atendidos en el Hospital `Z` (...). Sin embargo, se desconocen cifras de prevalencia que permitan hacer estudios comparativos con otros centros y extraer conclusiones en relación con el caso actual”.

9. Con fecha 13 de mayo de 2014, y a instancia de la entidad aseguradora, emite informe una especialista en Anestesia, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Aunque su objeto es hacer una “valoración de la *lex artis* en relación a la asistencia médico-sanitaria dispensada” al paciente “en el Hospital `Z`, donde desarrolló una neumonía nosocomial tras su ingreso el 12-1-14”, concluye “que (...) ingresó el día 12-1-14 en el Hospital `Z` por una lumbalgia aguda resistente al tratamiento./ Que se trataba de un paciente sin antecedentes médicos, sin factores de riesgo y sin otra patología que su dolor lumbar./ Que durante los días siguientes se le administró tratamiento analgésico y se realizaron pruebas diagnósticas complementarias./ Que el día 19-1-14 por la noche su estado, previamente normal salvo por la lumbalgia, empeoró de forma súbita diagnosticándose una neumonía bilateral./ Que fue trasladado al Hospital `X`, donde su estado y sus parámetros analíticos siguieron empeorando de forma muy rápida hacia el shock séptico pese al tratamiento administrado./ Que la carencia de camas en la UCI obligó a su traslado al Hospital `Y`, donde se continuó el tratamiento intensivo que no pudo evitar el fallecimiento a las 6:20 horas del día 20-1-14./ Que posteriormente se obtuvo un hemocultivo positivo para *Pseudomona aeruginosa*./ Que se trató de una neumonía nosocomial que evolucionó de una forma fulminante./ Que desde el momento en que el paciente presentó un brusco empeoramiento de su estado se utilizaron todos

los medios humanos y técnicos disponibles./ Que las actuaciones médicas fueron en todo momento correctas y adecuadas a la *lex artis*".

10. También a instancias de la entidad aseguradora, el día 23 de mayo de 2014 emite informe un gabinete jurídico. En él se afirma que no procede otorgar indemnización alguna a la reclamante, al considerar que la actuación "del equipo médico" del Servicio de Salud del Principado de Asturias "se ha adecuado a la *lex artis*, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de la infección nosocomial, sin que haya resultado posible evitar el fulminante y fatal desenlace".

11. Mediante escrito notificado a la interesada el 11 de junio de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

Con fecha 20 de junio de 2014 comparece en las dependencias administrativas un representante de la reclamante, con exhibición a tales efectos de un poder otorgado a su favor el 11 de junio de 2014, y se le hace entrega de una copia de la documentación obrante en el expediente, compuesto en ese momento por un total de ciento diecisiete (117) folios.

El día 23 de junio de 2014, la interesada presenta en una oficina de correos un escrito de alegaciones. En él comienza resaltando el carácter esencial de la prestación de la asistencia sanitaria en lo que califica de "tiempos precisos", a los que define como "el tiempo que se emplea en el diagnóstico del paciente y (...) en aplicar a la curación de este todos los medios de que el servicio ha de disponer". Tras esta reflexión, y a la vista de la documentación obrante en el expediente, se sorprende de que "en ninguno de los dictámenes, u opiniones emitidas a lo largo de la instrucción, y hasta la fecha, se haya analizado esta cuestión de los 'tiempos' empleados en diagnóstico y aplicación de medios al a la postre fallecido". A estos efectos describe lo que califica como "contradicciones en horarios", y acaba denunciando como "injustificable la

demora, de casi dos horas, entre la llegada al Hospital `X` (...) y remisión al Hospital `Y`)", seguida, a su juicio, de una "igual de injustificable, o incluso más (...), demora de otras casi dos horas entre la 4:05, que se señala como hora de ese segundo traslado, y las 5:53, llegada al destino" en el Hospital "Y".

Asimismo, pone de relieve que "no se han unido a la instrucción -y pido que se haga para completarla- partes debidamente detallados de los servicios prestados por las ambulancias, con detalle de horas de recogida, tiempo empleado en los traslados, motivo de las demoras en su caso, horas de las entregas./ No se ha unido tampoco -y asimismo pido que se haga para completarla- copia o transcripción de las grabaciones de comunicaciones habidas durante los servicios referidos a este paciente entre ambulancias y centros hospitalarios y/o entre ambulancias y central operativa en cada caso".

12. A la vista de las alegaciones formuladas por la interesada, el día 30 de junio de 2014 el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario solicita a la Unidad de Atención a las Urgencias y Emergencias (SAMU) "los registros correspondientes a los movimientos de ambulancias que se efectuaron para el traslado" del paciente "desde el Hospital `Z` (...) al Hospital `X`, así como desde este al Hospital `Y` el pasado 20 de enero de 2014 (...). Igualmente, se solicita copia y transcripción escrita de las comunicaciones telefónicas que se hayan podido realizar a través del SAMU en relación con dicho proceso asistencial".

La documentación interesada es remitida por el Jefe de la Unidad del SAMU de Asturias el día 15 de julio de 2014, quedando incorporada al expediente. Se desprende de la misma que la primera llamada que se efectúa al SAMU por parte del hospital privado donde se encontraba ingresado el perjudicado se habría producido a la 1:02 horas del día 20 de enero de 2014. El servicio fue prestado por una ambulancia de soporte vital avanzado, que realizó su asistencia a la 1:16 horas, trasladando al paciente al Hospital "X", donde dio por finalizado este servicio a las 2:09 horas. En cuanto al segundo traslado,

esto es del Hospital "X" al Hospital "Y", la llamada se produce a las 3:28 horas de ese mismo día, la asistencia se presta a las 3:55 horas y finaliza a las 4:48 horas, siendo el medio utilizado idéntico al anterior -ambulancia de soporte vital avanzado-.

13. Con fecha 25 de julio de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario interesa a la Gerencia del Hospital "Y" acreditación de que la entrada efectiva del paciente en dicho centro se habría producido a las 4:48 horas, y le solicita "los documentos relativos a la asistencia prestada".

En respuesta a dicho requerimiento, el día 31 de julio de 2014, el Gerente del Área Sanitaria VIII le traslada el informe emitido al respecto. En él se indica que el paciente "es trasladado en una ambulancia de soporte vital avanzado por el Servicio de Asistencia Médica Urgente (...) desde el Hospital 'X' a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital 'Y', donde teníamos una cama preparada por aviso recibido previamente./ Según consta en los datos transferidos por la Central de Comunicación del SAMU de Asturias, el paciente llega al Hospital 'Y' el día 20 de enero de 2014 a las 04:48 horas y, dado el gravísimo estado (...), es trasladado directamente a la cama de la UCI, sin parar en ningún momento en el Servicio de Urgencias, como suele ser habitual cuando la situación no es tan extrema. La (...) intensivista de guardia atiende al paciente desde el primer momento, consta la realización de una gasometría arterial (se adjunta analítica) a las 5:30./ Dada la mala situación del paciente se continúa intentando estabilizarlo, sin durante ese tiempo poder proceder a las labores burocráticas de filiar al paciente y registrar el ingreso en el programa SELENE de nuestro hospital, lo cual se realiza en el momento en que la intensivista de guardia tiene un momento en el tratamiento del paciente. Los datos se comunican telefónicamente al Servicio de Admisión, que procede a la filiación y registro administrativo a las 05:49 horas./ Existe constatación de este hecho en la historia clínica electrónica (se acompaña informe de las notas

clínicas de enfermería (...) y de la intensivista de guardia (...) del 20 de enero y 07:29 y 07:34, respectivamente; hora en que incluyen sus comentarios haciendo constar que estos ocurren entre las 05:00 horas hasta el momento del fallecimiento, a las 06:20 horas”.

14. Mediante escrito notificado a la interesada el 19 de agosto de 2014, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios le comunica la apertura de un segundo trámite de audiencia por un plazo de quince días.

El día 2 de septiembre de 2014, la reclamante presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un nuevo escrito de alegaciones en el que se reitera en las ya formuladas anteriormente. A tales efectos, indica que “la documental nueva (...) viene a confirmar lo antes dicho:/ Injustificado e injustificable parece que para un traslado en ambulancia desde el Hospital `Z´ (...) hasta el Hospital `X´ (...), de madrugada, entre las 1:02 horas (hora de la llamada) y hasta las 2:09 horas (hora de llegada) (...), se emplee más de una hora./ Y menos justificable aun cuando en la llamada se ha hecho una descripción del estado del paciente (...) que exigía actuar con la mayor urgencia./ Injustificado e injustificable también que con esta descripción de estado el paciente sea llevado por la ambulancia a (un) hospital (el `X´) en el que `no hay cama`, pues la misma urgencia del caso obligaba a la mínima diligencia previa de asegurarse si este (el paciente) iba a poder ser debidamente atendido en el lugar de destino)./ En el segundo traslado a que el paciente se vio obligado por esa falta de diligencia previa (...) se empleó nuevamente bastante más de una hora (desde las 3:28, hora de la llamada, hasta las 4:48, hora de la entrega) (...). En suma, y por (...) las negligencias y/o faltas de diligencia descritas, el paciente se ve condenado a un peregrinar entre centros hospitalarios (sumando injustificables retrasos), y este peregrinar dura desde las 1:02 hasta las 4:48. De la última documentación unida resulta, además (...), que (el) exudado necesario `para despistaje de gripe A´ no es realizado al paciente hasta el momento de su ingreso en el Hospital `Y´”.

15. Con fecha 23 de septiembre de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Argumenta que “en el caso que nos ocupa ha quedado acreditado que el perjudicado en el curso de un ingreso en un centro privado contrajo una neumonía bilateral nosocomial y una bacteriemia por *Pseudomona aeruginosa*. La gravedad de la infección, que requería tratamiento intensivo en una unidad especializada, motivó que fuese trasladado en primer término al Hospital ‘X’, y posteriormente, debido a la carencia de camas de UCI en dicho centro”, al Hospital ‘Y’. Tanto en el Hospital ‘X’ como en el Hospital ‘Y’ se efectuaron “las actuaciones necesarias para el diagnóstico y se realizaron los tratamientos de soporte vital habituales. De hecho, el paciente salió del Hospital ‘X’ con diagnósticos bien orientados y con las medidas de soporte adecuadas, que continuaron durante su traslado en una ambulancia de soporte vital avanzado, dotada de los recursos asistenciales y humanos a estos efectos, y después en la UCI” del Hospital “Y”, “donde, pese a los esfuerzos desplegados, el paciente evolucionó desfavorablemente siendo exitus./ No es cierto que los servicios médicos del (Servicio de Salud del Principado de Asturias) no hubieran agotado la obligación de medios por supuestas demoras injustificadas de la asistencia, ni en el Hospital ‘X’, ni durante los traslados en UVI móvil, ni finalmente en el Hospital ‘Y’. Lo que se ha constatado en este último caso es que la transcripción de la asistencia realizada al perjudicado a la historia clínica electrónica (programa SELENE) se hizo cuando la asistencia intensiva al paciente lo permitió, que fue tras producirse su fallecimiento. Sin embargo, los informes de asistencia de los sanitarios intervinientes sitúan los hechos entre las 05:00 horas, es decir, a la llegada del paciente al centro, y las 06:20 horas, en que tiene lugar el exitus. No hubo, pues, demoras asistenciales injustificadas, ni falta de diligencia alguna en la asistencia prestada al perjudicado, al menos por lo que al sistema sanitario público se refiere. Por el contrario, la asistencia fue correcta u acorde con la *lex artis*, pese a lo cual se

produjo el fatal desenlace que solo cabe achacar a la letalidad del cuadro infeccioso del paciente, con una mortalidad cercana al 40%, cuyo pronóstico empeora notablemente si se acompaña de diseminación sistémica, como desgraciadamente se produjo en este supuesto”.

16. En este estado de tramitación, mediante escrito de 8 de octubre de 2014, 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 Sanidad, 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), está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

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

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, 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 supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 23 de enero de 2014, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento del esposo de la reclamante- el día 20 del mismo mes y año, por lo que es claro que fue formulada 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 su desarrollo, 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.

Sin embargo, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 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 43.3, 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.- La interesada solicita una indemnización por la muerte de su esposo al entender que el servicio público sanitario “no agotó la obligación de medios en los tiempos precisos”, originándose una secuencia de hechos que desembocó en el fallecimiento de aquel.

Queda acreditado en el expediente que el esposo de la reclamante falleció el día 20 de enero de 2014, por lo que resulta evidente que la misma ha sufrido un daño moral sobre cuya evaluación habremos de pronunciarnos en el supuesto de que apreciemos la concurrencia de los requisitos que determinan la declaración de responsabilidad de la Administración.

Ahora bien, la mera constatación de un daño surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

En el asunto ahora examinado, la interesada imputa al servicio público sanitario que la asistencia que se le prestó a su esposo a partir del momento en que fue requerido por parte del centro privado donde aquel se encontraba

ingresado resultó tardía, intentando de este modo anudar en una relación de causa a efecto este supuesto retraso con el fatal daño producido.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, 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 respecto a tal práctica médica, 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 interesada es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si la práctica médica 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.

Ahora bien, en la presente reclamación, y de una atenta lectura de los diferentes escritos que la interesada ha ido incorporando al expediente, nos encontramos con que la misma en ningún momento cuestiona el modo en que el personal del servicio público sanitario prestó a su esposo la asistencia que su

delicadísimo estado requería. Es decir, la reclamante no objeta acto médico alguno susceptible de ser sometido a un juicio de contraste acerca de su adecuación o no a la *lex artis* desde los parámetros propios de la ciencia médica, sino que centra su reproche en el tiempo de respuesta que el servicio público sanitario dio al requerimiento de asistencia que le fue hecho por parte del centro privado donde el paciente se encontraba ingresado, y a los medios empleados una vez que pasó a estar al cuidado del servicio público, lo que nos conduce de manera inexorable a buscar la única respuesta posible a ambas cuestiones, en términos de razonabilidad y de su adecuación, en la normativa vigente en materia de transporte sanitario, contenida en el Decreto 73/1997, de 13 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento del Transporte Sanitario en el Principado de Asturias. Por lo demás, no puede perderse de vista el indiscutible dato obrante en el expediente de que la patología que presentaba el paciente cuando accedió a los servicios sanitarios públicos, tal y como describe la literatura científica en la materia, arroja una mortalidad cercana al 40%, que se eleva a cifras superiores al 50% en determinadas circunstancias, como al parecer se daban en este caso.

Así las cosas, y frente a las afirmaciones de la interesada -que habla en sus primeras alegaciones de una "injustificable (...) demora, de casi dos horas, entre (la) llegada al Hospital 'X' (...) y remisión al Hospital 'Y'", seguida de otra "igual de injustificable, o incluso más (...), demora, de otras casi dos horas entre las 4:05, que se señala como hora de ese segundo traslado, y las 5:53, llegada al destino" en el Hospital "Y", y que matiza posteriormente en las segundas alegaciones, al indicar que el paciente se habría visto "condenado a un peregrinar entre centros hospitalarios (sumando injustificables retrasos) y este peregrinar dura desde la 1:02 hasta las 4:48"-, un detallado examen de la documentación obrante en el expediente pone de manifiesto que no solo no cabe apreciar los retrasos denunciados, sino que desde el primer momento se dedicaron al paciente, con total diligencia, todos los medios, tanto humanos como materiales, de los que disponía el servicio público sanitario.

Comenzando por el tiempo de respuesta al requerimiento formulado por el centro sanitario de carácter privado donde se encontraba ingresado el paciente, observamos que el mismo se produce a la 1:04 horas del día 20 de enero de 2014, toda vez que la primera de las llamadas -efectuada a la 1:02 horas- hubo de ser interrumpida a requerimiento justamente de la persona que la hizo. Retomada a la 1:04 se inicia un diálogo entre dos médicos, uno del centro privado y otro del SAMU, y tras una conversación que, a tenor de la transcripción, duraría en torno a los dos minutos el médico del SAMU confirma el envío de una UVI que llega al hospital a la 1:16 horas, por lo que en modo alguno puede hablarse de retraso injustificado al hacer referencia al tiempo que transcurre entre el momento en que el servicio público sanitario toma pleno conocimiento de la grave situación -la 1:06 horas- y la 1:16 horas, en que una ambulancia de soporte vital avanzado hace su entrada en el hospital.

Respecto a los medios utilizados, debemos subrayar que, tratándose de un transporte sanitario, el vehículo empleado en este primer traslado -y también en el que le siguió- fue, tal y como la gravedad de la situación requería y en estricto cumplimiento de la normativa vigente en la materia, el de mayor y más completo nivel de dotación existente, tanto en medios materiales como humanos, pues es una ambulancia asistencial medicalizada capacitada para prestar, si fuera preciso, asistencia sanitaria en ruta, como ocurrió en el primero de los traslados, en el que el médico y el enfermero del SAMU hubieron de proceder a una intubación orotraqueal y a la realización de otras pruebas que constan en los informes asistenciales obrantes en el expediente -folios 36 y 37-. En estas condiciones de permanente cuidado y asistencia el paciente llega al Hospital "X", donde pasa al cuidado del Servicio de Urgencias a las 2:18 horas, pautándose de manera prácticamente inmediata un "triaje" y múltiples pruebas -folio 39-. En dicho Servicio, siendo evidente la necesidad de ingreso en la UCI, y una vez constatado que en el indicado centro no existía disponibilidad de cama en esa Unidad, se realizan las gestiones necesarias para su traslado a otro centro que disponga de tal recurso, obteniendo respuesta afirmativa del

Hospital "Y", el cual, de este modo, se encontraba preparado ya antes de la llegada del paciente para prestarle la asistencia que precisara. Este segundo traslado, con idénticos medios humanos y materiales que el primero - ambulancia asistencial medicalizada-, se produce a las 3:28 horas -llamada desde el Hospital "X" al SAMU-, iniciándose a las 3:55 horas y finalizando a las 4:48 horas; momento en que el paciente llega al Hospital "Y" y, con todo preparado, se ingresa directamente en UCI sin pasar por Urgencias, dejando lógicamente para posteriores momentos las labores burocráticas, comenzando la asistencia que lamentablemente no logra impedir el fallecimiento, que tiene lugar a las 6:20 horas.

En resumen, el paciente ingresó en un centro privado de forma voluntaria (ni recibió asistencia concertada ni fue remitido por el servicio público de salud) el día 12 de enero de 2014 y, tras permanecer ingresado 6 días, presentó una neumonía bilateral y bacteriemia por *Pseudomona aeruginosa*, por lo que los facultativos del referido centro responsables decidieron, en la madrugada del día 20 de enero de 2014, su traslado al centro sanitario más próximo, requiriendo para ello, a la 1:04 horas, el servicio de una ambulancia de soporte vital avanzado. El paciente ingresa en el hospital público a las 2:18 horas y, tras la realización de diversas pruebas diagnósticas que constatan la gravedad de su estado de salud y la necesidad de su ingreso en una UCI, se decide su traslado a un segundo hospital público, dado que en aquel no existe disponibilidad de tal recurso en ese momento. Este traslado se solicita a las 3:28 horas, la ambulancia (también de soporte vital avanzado) recoge al enfermo a las 3:55 horas y llega al segundo hospital a las 4:48 horas, donde ingresa directamente en la UCI, falleciendo a las 6:20 horas, cuando habían transcurrido poco más de 6 horas desde el traslado del centro privado, debido a su extrema gravedad. En estas condiciones, en las que se constata que con total diligencia y desde el mismo momento en que el servicio público sanitario se hizo cargo del paciente -a la 1:16 horas- fueron puestos a su disposición todos los medios humanos y materiales posibles, estando aquel atendido

permanente y debidamente por personal cualificado hasta su desgraciado fallecimiento a las 6:20 horas, no cabe apreciar, tal y como sostiene la reclamante, que el servicio público sanitario “no agotó la obligación de medios en los tiempos precisos”, por lo que la reclamación ha de ser desestimada.

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.