

Dictamen Núm. 13/2024

V O C A L E S :

Sesma Sánchez, Begoña,
Presidenta
González Cachero, María Isabel
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
García García, Dorinda
Baquero Sánchez, Pablo

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 25 de enero de 2024, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 29 de septiembre de 2023 -registrada de entrada el día 4 del mes siguiente-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de su padre.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 10 de octubre de 2022 un procurador y un abogado, en nombre y representación del interesado, presentan en el Registro Electrónico una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Consejería de Salud del Principado de Asturias.

En ella exponen que el día 6 de abril de 2022 el padre de su representado acude al Hospital “X” por debilidad progresiva de ambos miembros inferiores, diagnosticándosele un “infarto medular de T7 a cono de origen aterotrombótico”, por lo que permanece ingresado hasta el día 16 de mayo, en que es derivado al Hospital “Y”.

Señalan que al momento del ingreso en este segundo centro el paciente “negaba dolor” en miembros inferiores, “se encontraba consciente, orientado y colaborador. El diagnóstico (...) fue paraplejia incompleta, nivel medular D9 y D7 izquierdo, sensitivos, ASICA C. Infarto medular T7 hasta cono medular de origen aterotrombótico, vejiga neurógena, intestino neurógeno”. Se le efectuó “PCR COVID 19, resultado indetectable, es decir negativa. No consta la realización de varias PCR, exclusivamente una, ni cuanto menos (...) test de antígenos”.

Indican que el 17 de mayo de 2022 se le practica “radiografía de tórax, con resultado de silueta cardiovascular acorde con la edad, no infiltrados parenquimatosos”, y el 19 de mayo “un ecocardiograma transtorácico, resultando (...) AI dilatada, VI no dilatado, calcio en anillo mitral, EM leve, sin IM, raíz aorta no dilatada VD normal”. Reseñan que el 22 de mayo, “al parecer (...), sufrió pico febril de 38º y se le repiten las pruebas radiológicas hasta en dos ocasiones y PCR”, y que el 23 de mayo “una segunda radiografía de tórax” da “como resultado dudoso aumento de densidad en base pulmonar izquierda”.

Niegan que “el (...) 25 de mayo de 2022” el compareciente haya solicitado el “alta voluntaria” y que tras la firma se traslade al paciente “al domicilio particular”, porque es el propio paciente “quien firma el alta voluntaria y traslado a domicilio”, y ponen de relieve que el informe final se realiza “el 27 de mayo (...) y el alta se produce el 25 de mayo de 2022”.

Señalan que el 28 de mayo de 2022, “aproximadamente a las 14:50 horas”, el enfermo es trasladado en ambulancia desde su domicilio a un centro sanitario privado “por disnea” aportando informes tanto del Hospital “Y” como del Hospital “X”, presentando “mal estado general, saturando a 85 %”, y que “realizada PCR” con “resultado positivo se decide que sea trasladado al (Hospital ‘Y’)”. Según refieren, el centro privado “intenta contactar con busca COVID del (Hospital ‘Y’) en varias ocasiones. Se intenta contactar con dos buscas y no es posible, se habla con planta COVID (...) pero no hay ningún médico en dicho momento. Se avisa a una ambulancia para el traslado directo (...), sin que hubiera sido posible comunicarse con el (Hospital ‘Y’ en ningún momento”.

Afirman que “el 28 de mayo de 2022” el Hospital “Y” elabora un informe en cuyo “folio 5 puede (...) observarse que se le realizó, al parecer”, en el Hospital “X” “el día 15 de mayo de 2022 y el 16 de mayo de 2022 PCR (...) con resultado positivo. Pero en dicho informe el resultado fue (...) indetectable, es decir negativo. Así mismo describen que se le realizó test de antígenos el 16 de mayo de 2022, cuando no consta en el informe del hospital./ A las 20:40 horas, a su llegada a planta, detectan en el enfermo ausencia de respuesta a estímulos, midriasis bilateral y EGG sin señal, plano, avisan a UCI, procediendo a realizar RCP avanzada durante aproximadamente 15 minutos sin resultados, se firma el exitus a las 20:40 horas, curiosamente a la misma hora de la llegada a planta, 20:40”.

Subrayan “las graves omisiones e incongruencias del último informe emitido por el (Hospital ‘Y’); de los documentos aportados se puede observar como el alta (...) el 28 de mayo de 2022 del (centro sanitario privado) se produce a las 17:11 horas, momento en el cual se procede al traslado al (Hospital ‘Y’), y se desconoce porqué ni en el informe del (centro sanitario privado) ni cuanto menos en el del (Hospital ‘Y’) consta el tipo de ambulancia utilizada en el traslado” del enfermo, “que en aquel momento tenía al parecer y según los informes (...): PCR positiva COVID-19./ Mal estado general./ Saturación -85 %./ Disnea./ Recuperación de infarto medular agudo./ Probable ACxFA paroxística./ Neumonía bilateral con patrón de distribución periférica”. Añaden que el reclamante tuvo conocimiento de que “su padre (...) fue trasladado en una ambulancia inadecuada para el tipo de traslado que tenía que efectuarse, siendo del tipo convencional o de usuario./ Existe un vacío absoluto entre las horas 17:11 horas, fecha del alta del (centro sanitario privado) y las 20:40 horas, ingreso en planta del (Hospital ‘Y’). Sólo consta (de este último centro) su llegada a planta 20:40 horas, pero el alta del (centro sanitario privado) está firmada tres horas y veintinueve minutos antes./ Es un trayecto de apenas diez minutos entre ambos centros sanitarios, y se desconoce absolutamente qué sucedió con (el paciente) desde las 17:11 horas hasta las 20:40 horas. El informe del (Hospital ‘Y’) tiene unas carencias asombrosas (...)

dignas de reproche (...), ya que no indica hora de llegada (...), ambulancia de traslado, motivo del traslado, situación del paciente, derivación a planta a su llegada (...), dónde se le envía, como refiere el ingreso, qué medicación se le proporciona, no existe informe alguno de Urgencias./ Ni quién ni porqué lo trasladan a planta, demasiados interrogantes que hacen de nexo causal entre el fallecimiento (...) y la posible mala praxis (...) del (Hospital `Y´) en la recepción del paciente, al que cabe recordar que el (centro sanitario privado) lo deriva, al parecer (...), tan siquiera sin poder haber conversado con los responsables COVID-19 (...). A nuestro juicio existe una relación directa del fallecimiento (del paciente), que en el (centro sanitario privado) es estabilizado, durante el transporte y/o en la atención recibida en el (Hospital `Y´) de la que se desconoce absolutamente la hora de llegada, quién lo recibe, en qué estado y porqué se le traslada a planta”.

Concluyen que todo lo expuesto “se debe, sin lugar a la duda, por causa imputable a la actuación de esa Administración (...), y de dicha responsabilidad” se derivan “los daños físicos anteriormente citados, así como el resultado de fallecimiento, perjuicios lesivos que jamás debió soportar de acuerdo con la ley. Considerando que existe una negligencia médica en el tratamiento del paciente (...) desde la salida (del centro sanitario privado) hasta la hora del fallecimiento, las 20:40 horas. Digno de mención es que significan que a las 20:40 sube (a) planta, lo trasladan a UCI, luego estos 15 minutos de RCP, pero resulta que la hora del fallecimiento y exitus es la misma, 20:40 horas, siendo esto del todo imposible. Es notorio que no consta en el expediente que la atención sanitaria haya sido ajustada a la *lex artis*, existe”, por tanto, “relación de causalidad y a resultas de la asistencia recibida se produjo el fallecimiento (...). Así (...), “entre el fallecimiento (del paciente) y la posible no *lex artis* en su traslado en ambulancia, si la ambulancia era o no la adecuada para el traslado y se desconoce absolutamente cómo se le entrega (...) por parte del servicio de ambulancias al (Hospital `Y´), y cuál era su estado de salud al ingreso (...). El desconocido ingreso en el (Hospital `Y´), las derivaciones internas (...), si estuvo o no en Urgencias, quién ordena el traslado a planta que se desprende del nulo

informe al respecto desde las 17:11 horas del fatídico día hasta las 20:40 horas, sólo habiendo constancia del exitus a las 20:40 horas (...). Pero es que, además (...), fue afectado por neumonía adquirida en un ambiente hospitalario y no extrahospitalario que de igual manera venimos a reclamar”, pues “sin lugar a duda se produjo la relación de causalidad de dicha infección en el (Hospital ‘Y’, ya que en el primer ingreso hospitalario entró con PCR negativa y tórax negativo pero en los días sucesivos los resultados fueron al parecer PCR positiva y tórax con neumonía bilateral (...). El certificado médico de defunción (...) siembra aún más la duda sobre lo realmente acaecido con (...) la asistencia recibida en el (Hospital ‘Y’). Indican:/ Causa inmediata: Insuficiencia cardiorrespiratoria aguda./ Causa intermedia: Neumonía bilateral probable por SARS-COV-2./ Causa inicial: Probable infección respiratoria por SARS-COV-2./ Nada de lo anterior tiene sentido alguno, ya que los informes (...) aportados no describen causas relativas al fallecimiento (...) por posible infección del SARS-COV-2 ni cuanto menos por la neumonía bilateral, de la que sólo existe una placa del 24 de mayo de 2022, pero no posteriores”.

Con base en estos hechos, solicitan “provisionalmente” una indemnización total de quinientos mil euros (500.000 €).

Adjuntan poder general para pleitos otorgado en su favor y diversos informes médicos.

2. Mediante oficio de 2 de noviembre de 2022, la Jefa de la Sección de Apoyo de la Dirección General de Política y Planificación Sanitarias pone en conocimiento del interesado la fecha de recepción de su reclamación, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Previa petición formulada por la Jefa de la Sección de Apoyo, el día 14 de diciembre de 2022 el Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos del Área Sanitaria IV le remite una copia de la historia clínica del paciente y los informes emitidos por el Servicio de Rehabilitación, el Director de la Unidad de Gestión

Clínica de Medicina Interna y el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias del Hospital "Y".

En el informe del Servicio de Rehabilitación, suscrito por un facultativo el 22 de noviembre de 2022, se indica que "el paciente (...) de 79 años fue trasladado (...) el 16-05-2022" desde el Hospital "X" por un "cuadro de paraplejia secundario a infarto medular para realización de tratamiento rehabilitador./ Estudiado en 'X' con RM que establece el diagnóstico de infarto medular agudo. Recibió cinesiterapia en planta con mejoría del control de tronco en sedestación pero persiste déficit motor en (miembro inferior izquierdo). Se mantuvo estable desde el punto de vista clínico./ Tras su traslado al (Hospital 'Y') el día 16-05-2022 consta en historia clínica que el día 17 de mayo de 2022 (...) comienza con cuadro de hipotensión y mareo al proceder a la sedestación, se realiza ECG donde se objetiva ACxFA con respuesta ventricular controlada a unos 60 lpm. Ante las cifras de TA bajas y la FC lenta se decidió suspender tratamiento crónico del paciente con Atenolol y se inició anticoagulación con HBPM a dosis de 60 mg cada 12 horas, dado que (...) cumplía criterios para ello según puntuación del chads2-vac. Se informa a la familia ese mismo día del inicio del tratamiento. En ECG de control realizado el 18 de mayo el paciente vuelve a presentar ritmo sinusal a unos 75 lpm por lo que se sospecha una fibrilación auricular paroxística. Consta en curso clínico de historia digital que el día 22 de mayo de 2022 (...) sufre pico febril de 38 °C, por lo que es valorado por la guardia de Medicina Interna que realiza analítica, radiografía de tórax y toma de cultivos. Ante el hallazgo de una dudosa condensación en base pulmonar izquierda, además de crepitantes locales y aumento de reactantes de fase aguda, se inicia tratamiento antibiótico con Tazocel ante la sospecha de neumonía nosocomial. El 24 de mayo de 2022 se repite control radiológico ante la persistencia de la fiebre, observando empeoramiento con aparición de infiltrados bilaterales de distribución periférica. Se solicitó una PCR para coronavirus que resultó negativa y presentaba parámetros analíticos sin cambios, se amplió cobertura antibiótica con Azitromicina por sospecha de posible neumonía atípica, y ante el descenso de saturación basal a 92 % se decide iniciar oxigenoterapia con mejoría de

oxigenación./ A las 24 horas (...) se mantiene clínicamente estable con saturación en torno a 95 % con gafas nasales, tendencia a defervescencia y sin disnea. Se plantea realizar nueva PCR (...) ante la sospecha de que se trata de una infección por coronavirus, pero tanto el paciente como el hijo (...) se niegan a que se repita la prueba. El día 25-11-2022 (*sic*) el hijo (...) acude a información a lo largo de la mañana e indica su deseo de trasladar al paciente (a un centro sanitario privado), se le explica que se ponga en contacto con dicho hospital e inicie los trámites que sean necesarios y cuando sea posible el traslado (...) lo comunique para realizarlo. También plantea otra opción que es llevar al paciente a su domicilio particular, le indicamos que (...) en estos momentos requiere de cuidados hospitalarios dado que tiene una neumonía bilateral pendiente de ver evolución con antibioterapia endovenosa y que está precisando oxigenoterapia por lo que está más indicado el traslado al (centro sanitario privado) si así lo desean; en caso contrario deberían firmar el alta voluntaria dado que no estamos de acuerdo con el alta a domicilio. Finalmente ese mismo día por la tarde acude el hijo del paciente y solicita el alta voluntaria ante la guardia de Medicina Interna, y tras la firma de esta el paciente se traslada a su domicilio particular./ La última exploración registrada del día 25-5-2022 previa al alta voluntaria recogida en curso clínico refiere `eupneico. Saturación 94 % con oxígeno, basal desciende hasta 90 % pero sin disnea o taquipnea. FC 77 lpm, T.^a 36,8 °C, TA 115/71. AP: mvc globalmente con crepitantes de distribución en ambas bases y zona de ápex dcho.´./ Respecto a la lesión medular que presenta (...) y que fue el motivo del traslado a la planta de Rehabilitación (...), no se pudo avanzar en su tratamiento por las complicaciones médicas durante el ingreso, ni pudo recibir el paciente fisioterapia y terapia ocupacional de forma adecuada en el gimnasio por este mismo motivo./ El informe de alta se comenzó a redactar el día 25 de mayo de 2022 con vistas a preparar el traslado al (centro sanitario privado) del día siguiente. Dado que finalmente (...) solicitó el alta voluntaria (...), no se le pudo entregar ningún informe en el momento del alta (...) ya que esta se produjo por la tarde, en ausencia de su médico responsable. Con el objetivo de que el paciente y su familia tuvieran un informe de lo

acontecido durante su ingreso en Rehabilitación se completó el informe definitivo. Dado que nadie acudió al (Hospital `Y´) a recoger el mismo, se firmó finalmente el 27-05-2022 para que estuviese disponible a través de su médico de Atención Primaria./ Se redacta este informe para añadir al informe de alta previo con fecha 27 de mayo de 2022 y que conste a los efectos oportunos”.

Con la misma fecha, el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna informa que, “revisado el historial clínico” del paciente, “sólo existen intervenciones puntuales de facultativos adscritos al Servicio de Medicina Interna que se circunscriben a la guardia (ya que el paciente estuvo ingresado a cargo de Rehabilitación)./ La primera intervención está fechada el 22 de mayo (domingo), en el que se avisa por pico febril. Consta una descripción pormenorizada del motivo de llamada, exploración física y planteamiento, con recogida de cultivos de sangre y orina y cobertura antibiótica de amplio espectro./ La segunda intervención está fechada en la tarde del 25 de mayo, en la que claramente se explicita que el paciente quiere irse a su domicilio, y que dado que no está indicado por la necesidad de precisar todavía cuidados hospitalarios se le explica (...) que la única manera de irse a su domicilio es firmando el alta voluntaria, situación que es entendida por el paciente, firmando el documento correspondiente./ Revisando los estudios analíticos realizados entre el 17 y el 24 de mayo, días en los que estuvo ingresado en el (Hospital `Y´), sólo consta una determinación de PCR por SARSCoV-2 del día 23 que es indetectable./ Respecto al día del traslado desde el (centro sanitario privado) y su recepción en planta COVID, desde el Servicio de Medicina Interna no podemos aportar nada dado que ese día la guardia COVID estaba cubierta por un compañero de Neumología”.

Por su parte, el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias señala el 1 de diciembre de 2022 que “el 28 de mayo de 2022 este paciente no ingresó en el Servicio de Urgencias. El circuito utilizado en esas fechas incluía que los pacientes COVID-19 positivos trasladados al (Hospital `Y´) ingresarían directamente en la unidad asistencial de destino, accediendo al hospital por un

acceso distinto al del Servicio de Urgencias./ Entiendo que la información relacionada con este caso debe aportarla otro Servicio”.

4. Solicitado por la Instructora del procedimiento informe a la empresa que había realizado el traslado interhospitalario el día 28 de mayo de 2022 desde el centro sanitario privado hasta el Hospital “Y”, el día 9 de enero de 2023 el Jefe de Operaciones y CC de la misma informa que “el día 28 de mayo de 2022 a las 16:58 recibimos una petición, en un primer momento telefónica, por parte del (centro sanitario privado) solicitando el traslado del citado paciente al Hospital ‘Y’ (...). Para realizar el traslado se solicita una ambulancia convencional, esta petición posteriormente es corroborada por la solicitud vía *mail* que nos hace la compañía aseguradora del paciente -se adjunta hoja de petición (...)-. El personal del (centro sanitario privado) nos indica que el paciente es positivo en COVID 19 y está pendiente su ingreso en el (Hospital ‘Y’) a expensas (de) que el hospital de destino tenga disponibilidad de cama, también nos indican que viajaría en camilla con administración de oxígeno./ Siguiendo el protocolo habitual de traslados COVID +, llamamos al (Hospital ‘Y’) para confirmar por donde tenemos que llevar al paciente (bien Urgencias o zona del atrio) y si tienen constancia del ingreso. El (Hospital ‘Y’) nos comenta que en cuanto tengan claro por donde ingresa y a qué planta se dirige nos avisarán./ A las 19:00 horas nos llama el (centro sanitario privado) y nos comunica que se puso en contacto con ellos el (Hospital ‘Y’) y el paciente tiene que ingresar por el atrio a la habitación 701, posteriormente el traslado se realiza en los siguientes horarios:/ Salida del (centro sanitario privado) 20:09./ Llegada al (Hospital ‘Y’) 20:22”.

5. Solicitado por la Instructora del procedimiento informe al Servicio de Neumología del Hospital “Y”, con fecha 31 de enero de 2023 la Directora del Área de Gestión Clínica del Pulmón de dicho centro remite al Servicio instructor el informe de exitus del paciente. Señala además que, “según consta en Millennium”, la llegada del paciente se habría producido a las 20:34 horas del día

28 de mayo de 2022 y el motivo “PCR + COVID”. En cuanto al tipo de ambulancia utilizado, se limita a consignar que se debe “solicitar informe al (centro médico privado)”. Por último, precisa que el paciente a su ingreso en el Hospital “Y” fue “derivado directamente a planta COVID”.

6. Figura incorporado al expediente un informe pericial elaborado a instancias de la compañía aseguradora del Servicio de Salud del Principado de Asturias el 17 de marzo de 2023 por dos especialistas, una de ellas en Medicina Familiar y Comunitaria y otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo. En él concluyen que en el caso que nos ocupa “se han puesto en todo momento los medios necesarios y disponibles de acuerdo con el cuadro clínico que presentaba el paciente, siendo atendido de forma diligente (...). El día 22 de mayo (...), estando ingresado presentó un cuadro febril, por lo que se llevaron a cabo todas las pruebas diagnósticas necesarias, incluida PCR para COVID e Influenza (virus de la gripe), que resultó negativa, y de manera precoz se inició tratamiento para el diagnóstico de sospecha (neumonía nosocomial) a la espera del diagnóstico definitivo, que puede tardar varios días, actuación totalmente correcta y adecuada a la *lex artis* (...). El día 24-05-2022, ante la persistencia de la fiebre y a pesar de 48 horas de tratamiento antibiótico, se repitieron las pruebas diagnósticas. Ante los nuevos hallazgos radiológicos, sugestivos de posible neumonía atípica, se añadió al tratamiento (...) pautado azitromicina con el objetivo de tener cubiertas y tratadas todas las posibilidades, actuación totalmente correcta y adecuada a la *lex artis* (...). El día 25-05-22 el equipo médico propone repetir la PCR, pero el paciente se niega (...). El día 25-05-22 (el paciente) y su familia solicitan el alta voluntaria. Los facultativos le explican que no están de acuerdo con ese alta ya que con su patología debe permanecer ingresado; no obstante, el paciente firma el alta voluntaria y se va a su domicilio. Actuación también adecuada a la *lex artis* (...). El día 28-05-22 (...) acude al (centro sanitario privado), en cuyo informe se describe baja saturación de oxígeno, mal estado general y PCR positiva para COVID (...). Ante esta situación el (centro sanitario privado) solicita una ambulancia convencional o soporte vital

básico para traslado al (Hospital `Y´) (...). Es el (centro sanitario privado) el que solicita la ambulancia y decide qué tipo de traslado precisa el paciente (...). El traslado lo realiza una empresa privada ajena al (Servicio de Salud del Principado de Asturias) (...). El ingreso del paciente en el (Hospital `Y´) se realiza directamente en planta, según las instrucciones previas de este hospital. Según el informe (...), a su llegada a planta el paciente presentaba ausencia de respuesta a estímulos, midriasis bilateral y ausencia de señal ECG, signos compatibles con parada cardiorrespiratoria, por lo que se inician maniobras de reanimación cardiopulmonar hasta que, debido a la ausencia de recuperación de la circulación espontánea, se decide parar las maniobras y confirmar el fallecimiento (...). Actuación también totalmente correcta y adecuada a la *lex artis* (...). No existe mala praxis de las actuaciones llevadas a cabo por el personal del (Hospital `Y´) entre los días 16 y 28 de mayo de 2022 (...). No existe nexo causal entre la actuación médica desarrollada por los facultativos del (Servicio de Salud del Principado de Asturias) y el fallecimiento” del paciente.

7. Evacuado el trámite de audiencia, el día 10 de mayo de 2023 los representantes del interesado presentan un escrito de alegaciones en el que se reiteran en todos los términos de la reclamación. En él señalan que el día 28 de mayo de 2022 “desde un horario próximo a las 15:40 horas hasta las 20:22 horas que se llega al (Hospital `Y´) hay y sigue habiendo un vacío de cuatro horas y media, donde queda fuera de todo debate que si se hubiera tenido la asistencia sanitaria adecuada hoy (...) seguramente estaría vivo”.

En atención a las dudas generadas, consideran necesario que se incorpore al expediente una nueva prueba documental consistente en que “se requiera al (Hospital `Y´) que certifiquen las llamadas al busca y telefónicas” del centro sanitario privado al Hospital `Y´ del 28 de mayo de 2022, haciendo constar las horas exactas en las que se produjeron las mismas (...). Que se requiera al (centro sanitario privado) para que certifiquen las llamadas telefónicas efectuadas al (Hospital `Y´), así como las llamadas al busca, haciendo constar las horas exactas (...). Que se requiera al (Hospital `Y´) el procedimiento de

traslado de personas con COVID-19 diagnosticados desde otros centros, y se certifique si el procedimiento utilizado debía contar con la autorización previa de traslado del (Hospital `Y´) o si existía algún protocolo o instrucción al respecto de los traslados desde centros privados o públicos al hospital y el modo de efectuarlos (...). Que se requiera al (centro sanitario privado) si el procedimiento establecido del traslado al (Hospital `Y´) debía contar con autorización previa de planta COVID-Urgencias o cualquier otra unidad del (Hospital `Y´)´´.

8. Mediante oficio de 16 de mayo de 2023, la Jefa de la Sección de Apoyo de la Dirección General de Política y Planificación Sanitarias traslada una copia de las alegaciones presentadas a la compañía aseguradora de la Administración.

9. Atendiendo a la solicitud de ampliación de prueba documental formulada por el reclamante en el trámite de audiencia, mediante oficios de 19 de mayo de 2023 la Instructora del procedimiento solicita, tanto al Hospital "Y" como al centro sanitario privado, un informe en el que se dé respuesta a las cuestiones planteadas.

10. Atendiendo al requerimiento efectuado, el día 9 de junio de 2023 el centro sanitario privado remite para su incorporación al expediente la siguiente documentación:

a) Declaración responsable del Director de Gestión del centro sanitario privado en la que se deja constancia de que entre las 15:40 y las 20:00 horas del día 28 de mayo de 2022 desde el Servicio de Urgencias del centro sanitario privado se habían realizado un total de cinco llamadas telefónicas a la extensión de Urgencias del Hospital "Y" a las horas y con la duración que se detalla: a las 16:55:20 horas, 1 minuto 11 segundos; a las 16:57:10 horas, 1 minuto 17 segundos; a las 17:01:30 horas, 3 minutos 46 segundos; a las 17:47:00 horas, 8 minutos 55 segundos, y a las 18:41:00 horas, 4 minutos 57 segundos. Añade que "previamente" un facultativo del Servicio de Urgencias del centro sanitario

privado “intentó contactar con el ‘busca COVID del (Hospital ‘Y’)’ en reiteradas ocasiones sin conseguirlo”.

b) Informe elaborado el 2 de junio de 2023 por un facultativo del Servicio de Urgencias del centro sanitario privado en el que se describe la asistencia prestada el día 28 de mayo de 2023. En él reseña que el paciente “evolucionó de forma satisfactoria en nuestro Servicio” y que “en vista del resultado positivo frente a infección por COVID se activó el protocolo (...) vigente en aquellos momentos:/ Se procedió a contactar directamente con busca COVID del (Hospital ‘Y’), pero no contestaban./ Se repitió la operación en varias ocasiones, siendo el resultado infructuoso./ Se procedió entonces a llamar a centralita del (Hospital ‘Y’) para que fuesen ellos los que nos pudiesen poner en comunicación con el busca COVID, y tampoco fue posible./ Finalmente, se procedió a solicitar a la centralita del (Hospital ‘Y’) que nos pusiesen en contacto con la planta hospitalización COVID (...). No había ningún facultativo en ese momento, pero se habló con (...) Enfermería y se les avisó del traslado que se iba a realizar”. Se indica que “el paciente se encontraba ya estabilizado y con gran mejoría respecto a su llegada. Se informó al hijo (...) de la necesidad de ser trasladado al (Hospital ‘Y’) por ser paciente COVID (positivo). Se trasladó aviso al S.º de transporte sanitario concertado para el traslado del paciente. No se requirió uvi móvil porque el estado del paciente en aquellos momentos no lo precisaba./ Se confirmó que era 1 paciente COVID positivo y que se trasladaba al (Hospital ‘Y’) para ingreso. El paciente abandonó el Servicio de Urgencias (...) en relativas buenas condiciones: no presenta tiraje ni dificultad respiratoria, estaba consciente y orientado”.

11. Por su parte, la Gerencia del Área Sanitaria IV informa el 15 de junio de 2023, “en cuanto al registro de llamadas al busca COVID (Hospital ‘Y’) y una vez consultado el Servicio de Informática”, que hablado con la Dirección General de Seguridad y Estrategia Digital del Principado de Asturias nos indican que “es el propio juzgado quien requiere la información al operador directamente, en

este caso Telefónica. Nosotros no tenemos acceso a la centralita y desde el Principado no dan este tipo de información”.

Acompaña un informe de la Directora del Área de Gestión Clínica del Pulmón del Hospital “Y” de 14 de junio de 2023, en el que se indica que “no disponemos de registro de llamadas, creo que tendrían que comentarlo con la responsable de la centralita telefónica o la compañía telefónica”. Asimismo, señala que el 28 de mayo de 2022 “el médico de guardia COVID inicia el informe de ingreso de este paciente a las 17:52, según consta en Millennium, quedando pendiente de la llegada del paciente”.

Se aporta también el Protocolo de traslado de pacientes en el que se recogen los “Criterios y condiciones para derivación de pacientes a planta COVID (Hospital ‘Y’) desde otros hospitales (Servicio de Salud del Principado de Asturias)”.

12. Ante la nueva documentación incorporada al expediente, mediante oficio notificado al interesado el 18 de julio de 2023 la Instructora del procedimiento le comunica la apertura de un segundo trámite de audiencia y le adjunta una copia de la documentación obrante en aquel.

No consta en él que se hayan presentado alegaciones en este trámite.

13. Con fecha 22 de agosto de 2023, la Instructora del procedimiento elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio al considerar, con base en “la documental y a falta de pericial de parte que la contradiga”, que “no hay relación de causalidad cierta, directa y total entre el fallecimiento y la asistencia sanitaria prestada, la cual ha sido en todo momento acorde a la *lex artis ad hoc*”.

14. En este estado de tramitación, mediante escrito de 29 de septiembre de 2023, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente

núm. de la Consejería de Salud, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), está el interesado activamente legitimado para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC).

Sin embargo, observamos que el vínculo paterno-filial entre el fallecido y el reclamante no figura acreditado documentalmente en el expediente. No obstante lo anterior, y habida cuenta de que la Administración no ha cuestionado en ningún momento su condición de interesado, ni ha entendido precisa la acreditación formal de esta relación, en aplicación del principio de eficacia, reconocido en el artículo 103.1 de la Constitución y recogido en el artículo 3 de la LRJSP, procede analizar el fondo de la cuestión controvertida, no sin antes advertir de que si en el pronunciamiento se apreciara la concurrencia de los

requisitos que permiten declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración no cabría una estimación de la reclamación sin que esta, por el procedimiento legal oportuno, verifique dicha legitimación mediante la acreditación formal de su relación con el fallecido.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado como titular del servicio público sanitario.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la LPAC dispone que “El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”.

En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta el día 10 de octubre de 2022, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento del padre del reclamante- el día 28 de mayo de ese mismo año, por lo que es claro que ha sido formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

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 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21.1 y 24.3, letra b), de la referida Ley.

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

A su vez, el artículo 32 de la LRJSP establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley”. Y en su apartado 2 que, “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 34 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “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.- En el procedimiento de responsabilidad patrimonial que nos ocupa, el reclamante -hijo del fallecido- solicita una indemnización al Servicio de Salud del Principado de Asturias por los daños derivados del fallecimiento de su padre. En el trámite de audiencia centra su reproche en que en el traslado de su familiar en ambulancia desde el centro sanitario privado “desde un horario próximo a las 15:40 (...) hasta las 20:22 horas que (...) llega al (Hospital ‘Y’) hay y sigue habiendo un vacío de cuatro horas y media, donde queda fuera de todo debate que si hubiera tenido la asistencia sanitaria adecuada hoy (...) seguramente estaría vivo”.

Del examen del expediente resulta acreditado el óbito, por lo que cabe presumir que este ha causado al interesado un daño moral cierto.

Ahora bien, la mera constatación de un perjuicio efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica *per se* la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio sanitario y si ha de reputarse antijurídico.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 80/2020), el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse 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, 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 el reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

En definitiva, como expone la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 13 de mayo de 2021 -ECLI:ES:TSJAS:2021:1566- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª), “sólo en el caso de que se produzca una infracción de dicha *lex artis* responde la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos por lo que deberán ser soportados por el perjudicado. La obligación se concreta en prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Estamos ante un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida; criterio que es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad”.

También ha subrayado este Consejo (entre otros, Dictamen Núm. 81/2019) que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, salvo en aquellos casos en que el daño es desproporcionado y denota por sí mismo un componente de

culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). Fuera de estos supuestos, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama; exigencia legal y jurisprudencial que recuerda la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 22 de diciembre de 2021 -ECLI:ES:TSJAS:2021:3949- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª).

Partiendo de estas premisas, reparamos en que en el presente caso el reclamante, a quien incumbe la carga de la prueba, no ha aportado a lo largo del procedimiento ningún tipo de pericia que avale sus aseveraciones, de lo que se deriva una total carencia de elemento probatorio acerca del nexo causal entre el fallecimiento de su padre y el funcionamiento del servicio público sanitario. Este planteamiento de la reclamación, que dada su falta de concreción queda reducida en cierta manera a la formulación de una serie de conjeturas o insinuaciones, se ha mantenido inalterable a lo largo de la instrucción del procedimiento, y ello a pesar de que en los dos trámites de audiencia el reclamante tuvo la oportunidad de conocer los diferentes informes incorporados al expediente tanto por la Administración como por su entidad aseguradora, sin que por su parte se incorporara documento pericial alguno de contraste. Todo ello da como resultado que el interesado ha decidido inutilizar a estos efectos el procedimiento administrativo, ya que según reiterada jurisprudencia las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica. Tal forma de proceder priva tanto a la Administración sanitaria frente a la que se reclama como a este Consejo de un análisis contradictorio de los extremos controvertidos.

Entrando en el fondo del asunto, conviene comenzar nuestro análisis recordando el contexto en el que se produjo el fallecimiento del padre del reclamante. Nos situamos para ello en el 6 de abril de 2022, día en el que el paciente, de 79 años de edad, acude por “debilidad en extremidades inferiores” al Hospital “X”, donde se le diagnostica un “infarto medular de T7 a cono de

origen aterotrombótico". El enfermo permanece ingresado en este centro sanitario público hasta que el día 16 de mayo es derivado al Servicio de Rehabilitación del Hospital "Y" con el objeto de "continuar la rehabilitación". Durante su ingreso en el Hospital "X" se le realiza una PCR COVID que arrojó como resultado "indetectable". Ya en el Hospital "Y", evoluciona de forma tórpidamente al aparecer una neumonía bilateral tratada con antibioterapia, lo que impidió el curso normal del tratamiento rehabilitador que había motivado su traslado. Una nueva PCR de COVID 19 practicada en este último centro el 23 de mayo de 2022 vuelve a arrojar resultado "negativo". Según se recoge en el informe del Servicio de Rehabilitación del Hospital "Y", "a las 24 horas (...) se plantea realizar nueva PCR ante la sospecha de que se trate de una infección por coronavirus pero tanto el paciente como la familia no desean realizar la prueba". En esta situación, el día 25 de mayo de 2022 -según se refleja en el informe- "el hijo (...) acude a información a lo largo de la mañana e indica su deseo de trasladar al paciente (a un centro sanitario privado), se le explica que se ponga en contacto con dicho hospital e inicie los trámites que sean necesarios y cuando sea posible el traslado (...) lo comuniqué para realizarlo. También plantea otra opción que es llevar al paciente a su domicilio particular, le indicamos que (...) en estos momentos requiere de cuidados hospitalarios dado que tiene una neumonía bilateral pendiente de ver evolución con antibioterapia endovenosa y que está precisando oxigenoterapia por lo que está más indicado el traslado (al centro privado) si así lo desean; en caso contrario deberían firmar el alta voluntaria dado que no estamos de acuerdo con el alta a domicilio. Finalmente ese mismo día por la tarde acude el hijo (...) y solicita el alta voluntaria ante la guardia de Medicina Interna, y tras la firma de esta el paciente se traslada a su domicilio particular".

Efectivamente, la documentación incorporada al expediente acredita que el día 25 de mayo de 2022 el propio paciente, no su hijo -como por error figura en el informe del Servicio de Rehabilitación-, firma una "solicitud de alta voluntaria". En este documento figura que el enfermo, "haciendo uso de (su) derecho a abandonar este centro, conforme al artículo 21 de la Ley 41/2002",

solicita el “alta voluntaria”, y ello “en contra de la opinión del médico que suscribe que estima debo continuar la hospitalización, por paraplejia incompleta. Nivel medular D9 dcho. y D7 izdo. (sensitivos). ASIA C./ Vejiga neurógena. Intestino neurógeno./ Neumonía nosocomial bilateral de distribución periférica”, precisando que conoce “los riesgos y perjuicios que podrían derivarse de esta decisión”, por lo que asume “las consecuencias del alta”, advirtiéndosele de manera expresa que “el (Servicio de Salud del Principado de Asturias) y los médicos que le asisten quedan exentos de responsabilidad por las consecuencias que se deriven de este alta. Asimismo, se han indicado los perjuicios que pueden ocasionarse al enfermo”.

Así las cosas, el día 25 de mayo de 2022 el paciente decide, de forma voluntaria y por los motivos que fueran, dejar de confiar el tratamiento de las diferentes patologías que se le habían objetivado al servicio público sanitario. Y lo hace no solamente en contra de la opinión de los facultativos que lo estaban atendiendo, sino que se dirige a su domicilio particular, rechazando de esta forma la alternativa que se le ofreció de derivación a un centro sanitario privado de su elección, si ese era su deseo, para garantizar los cuidados hospitalarios que precisaba. Todo ello siendo plenamente consciente de las consecuencias de su decisión, que por lo demás asume de manera expresa.

Ya en su domicilio, el día 28 de ese mismo mes sufre un empeoramiento y es trasladado en ambulancia a un centro sanitario privado. A su ingreso en este centro -según informa el facultativo de Urgencias- presentaba “disnea y dificultad para respirar”, hasta el punto de que “no era capaz de hablar”, resultando la PCR COVID-19 realizada “positiva”, lo que hizo necesario activar el protocolo vigente en aquellos momentos, para lo cual tras diversos intentos, todos ellos fallidos, de contactar directamente con el “busca COVID” del Hospital ‘Y’, se procedió a contactar de manera directa con el Servicio de Enfermería, avisándoles del traslado.

Es precisamente en este punto en el que el interesado incide como argumento principal de la reclamación, al señalar que el día del fallecimiento de su padre, “desde un horario próximo a las 15:40 horas hasta las 20:22 horas que

(...) llega al (Hospital `Y´), hay y sigue habiendo un vacío de cuatro horas y media donde queda fuera de todo debate que si hubiera tenido la asistencia sanitaria adecuada hoy (...) seguramente estaría vivo”. Previamente ya había dejado constancia de todas las dudas que le suscitaba lo acaecido en ese intervalo de tiempo, reseñando que “de los documentos aportados se puede observar como el alta de (...) el 28 de mayo de 2022 del (centro sanitario privado) se produce a las 17:11 horas, momento en el cual se procede al traslado al (Hospital `Y´), y se desconoce porqué ni en el informe del (centro sanitario privado) ni cuanto menos en el del (Hospital `Y´) consta el tipo de ambulancia utilizada (...), que en aquel entonces tenía al parecer y según los informes (...): PCR positiva COVID-19./ Mal estado general./ Saturación 85 %./ Disnea./ Recuperación de infarto medular agudo./ Probable ACxFA paroxística./ Neumonía bilateral con patrón de distribución periférica”, a lo que añade que “tuvo conocimiento de que su padre (...) fue trasladado en una ambulancia inadecuada para el tipo de traslado que tenía que efectuarse, siendo del tipo convencional o de usuario./ Existe un vacío absoluto entre las horas 17:11 (...) y las 20:40 horas (...). Sólo consta del (Hospital `Y´) (...) su llegada a planta 20:40 horas, pero el alta (...) está firmada tres horas y veintinueve minutos antes./ (...). A nuestro juicio, existe una relación directa del fallecimiento” del paciente, que en el centro sanitario privado “es estabilizado, durante el transporte y/o en la atención recibida en el (Hospital `Y´), de la que se desconoce absolutamente la hora de llegada, quién lo recibe, en qué estado y porqué se le traslada a planta”.

Pues bien, a la vista de la documentación incorporada al expediente no cabe duda alguna de que hasta las 20:09 horas del día 28 de mayo de 2023 el paciente permaneció ingresado en el centro sanitario privado al que decidió acudir desde su domicilio ese mismo día. Así lo prueba el dato facilitado por la empresa encargada del traslado del paciente (folio 73), que fija en ese concreto instante -20:09 horas- la salida de la ambulancia del centro sanitario privado con destino al Hospital “Y”, donde llega a las 20:22 horas. En estas condiciones, las dudas que asisten al reclamante acerca de lo que pudiera haber sucedido con su

padre en el intervalo de tiempo que transcurre entre las 15:40 y las 20:22 horas solamente pueden ser despejadas por el centro sanitario privado, nunca por el servicio público sanitario, cuya responsabilidad, de existir, quedaría circunscrita a la asistencia prestada al paciente entre las 20:22 horas, momento de llegada de la ambulancia al Hospital "Y", y las 20:40 horas, cuando se produce el fallecimiento. En nada objeta esta primera conclusión la constatación de las dificultades con las que se encontró el personal del centro sanitario privado al contactar con la planta COVID del Hospital "Y", toda vez que a lo largo de ese período de espera el enfermo se encontraba ingresado en un centro sanitario y su evolución era satisfactoria, como se reconoce en el informe elaborado por el Servicio de Urgencias de dicho centro (folio 192), en el que consta que "el paciente se encontraba ya estabilizado y con gran mejoría respecto a su llegada".

Aclarada esta primera duda, la segunda sospecha o insinuación sobre la que el interesado basa su reclamación -"se desconoce porqué ni en el informe del (centro sanitario privado) ni cuanto menos en el del (Hospital `Y`) consta el tipo de ambulancia utilizada", habiendo tenido "conocimiento (de) que su padre (...) fue trasladado en una ambulancia inadecuada para el tipo de traslado que tenía que efectuarse, siendo del tipo convencional o de usuario"- resulta ser de nuevo ajena al Hospital "Y", de forma que cualquier aclaración con respecto a esta segunda cuestión ha de correr también a cargo del centro sanitario privado desde el que se solicitó la ambulancia, tal y como ha quedado acreditado a raíz de la documental solicitada por el reclamante en el primer trámite de audiencia y admitida por la Instructora del procedimiento, al señalar el facultativo del Servicio de Urgencias del centro sanitario privado (folio 192) que "no se requirió UVI móvil, porque el estado del paciente en aquellos momentos no lo precisaba".

A la vista de ello y a los efectos que aquí interesan, la única responsabilidad en relación con la asistencia prestada por parte del sistema sanitario público al padre del reclamante hasta el momento de su fallecimiento quedaría limitada a la recibida en el Hospital "Y" entre las 20:22 y las 20:40 horas. Teniendo presente que solamente tres días antes el propio paciente había

solicitado el alta voluntaria en ese centro en contra de la expresa indicación de los facultativos que lo atendían, y que su última asistencia sanitaria se recibió en un centro privado, donde acudió voluntariamente, ningún reproche cabe imputar al funcionamiento del servicio público sanitario por lo que la reclamación debe ser desestimada.

En definitiva, no quedando acreditado que el fallecimiento del padre del interesado guarde relación causal con la asistencia que le fue prestada en el Hospital "Y" entre las 20:22 y las 20:40 horas del 28 de mayo de 2022, la reclamación formulada no puede prosperar.

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

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.