

Expediente Núm. 300/2011
Dictamen Núm. 14/2012

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Fernández Noval, Fernando Ramón
Jiménez Blanco, Pilar

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 20 de enero de 2012, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 15 de diciembre de 2011, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida en un hospital público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 19 de enero de 2010, el interesado presenta en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios padecidos tras serle administrado, durante su estancia en el Área de Urgencias del Hospital “X”, un medicamento que le provocó una reacción anafiláctica.

Relata que “el pasado 15 de enero de 2009” acudió al Servicio de Urgencias del Hospital “X” “por presentar sintomatología consistente en dolor abdominal y rectorragia”, indicando “desde el primer momento” que era

asmático y “alérgico al ibuprofeno” y al “ácido acetilsalicílico”. Tras ser reconocido fue dado de alta y se le prescribió “paracetamol”. Sin embargo, “horas más tarde” regresó al centro ante el empeoramiento de su situación, y “en dicho Servicio (Urgencias) se le administra una ampolla de metamizol (nolotil), desarrollando una crisis severa de broncoespasmo con hipoxemia que obliga a la intubación oro-traqueal”, siendo trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos y posteriormente “a planta, donde permaneció hasta el día 23 de enero de 2009”.

Expone que “desde que aconteciera lo (...) relatado” el interesado “ha pasado a ser diagnosticado de asma de difícil control (asma de riesgo vital), con disnea al mínimo esfuerzo (...), multitud de controles médicos” e “ingresos hospitalarios frecuentes”, lo que opone a su situación anterior, pues si bien “padecía un asma bronquial diagnosticado en la primera infancia (...) no había requerido de ingresos hospitalarios ni cumplía los criterios de bronquitis crónica” y tampoco “presentaba disnea habitual de esfuerzo”, concluyendo que “posiblemente sea declarado incapacitado permanente en grado de absoluta, ya que desde enero de 2009 (...) no puede realizar ningún tipo de trabajo precisamente por la patología que presenta”. Además, la administración de metamizol” le ha producido una “descompensación de alergias que ha provocado que no pueda tomar ningún tipo de medicación”.

Solicita una indemnización por importe total de doscientos noventa y cuatro mil setecientos sesenta y cinco euros (294.765 €) por “los días de hospitalización durante el año en que se presenta esta reclamación, días improductivos y secuela consistente en insuficiencia respiratoria restrictiva tipo IV”.

Adjunta una copia de la siguiente documentación: a) Dos informes del Área de Urgencias del Hospital “X”, de fecha 15 de enero de 2009, emitidos a las 3:30 horas y a las 22:25 horas, respectivamente. b) Informe de alta del Servicio de Neumología del mismo centro, de 23 de enero de 2009. c) Informe del Servicio de Neumología, de 29 de julio de 2009. d) Informe del Servicio de

Medicina Interna, de 5 de marzo de 2009. e) Informe de la Unidad de Alergología del Hospital "Y", de 21 de mayo de 2009.

2. Mediante escrito de 29 de enero de 2010, notificado al interesado el día 11 de febrero de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios le comunica 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. El día 25 de enero de 2010, el Gerente del Hospital "X" remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica del paciente, así como de la solicitud de informe a los responsables de los Servicios de Urgencias y Neumología en los que aquél recibió asistencia.

4. Con fecha 5 de febrero de 2010, el Gerente del Hospital "X" traslada al Servicio instructor una copia del informe emitido por un facultativo adjunto al Servicio de Urgencias. En él refleja que "tras la administración por vía parenteral de `metamizol´ (indicación terapéutica en el tratamiento de un cólico abdominal)" el paciente "presentó una reacción anafiláctica con crisis severa de broncoespasmo" que "motivó su intubación oro-traqueal en Urgencias y posterior ingreso en" la Unidad de Cuidados Intensivos. Señala que "las reacciones anafilácticas graves están recogidas en la ficha técnica de este medicamento y según convenio de frecuencia Medra se registran como muy raras (< 1/10.000)", y que "reacciones adversas menos severas secundarias al uso de medicamentos pueden ocurrir en cualquier paciente (incluso en aquellos en los que se ha utilizado previamente y sin complicaciones)". Manifiesta que "en la elección de una medicación para utilizar en urgencias habrá que valorar la indicación de la misma en el tratamiento del cuadro clínico, así como la relación riesgo/beneficio y la rapidez en el control de los síntomas", teniendo en cuenta que "los riesgos (en los casos de utilización de una medicación por vía parenteral) se minimizan, al ser el medio hospitalario un ámbito de seguridad"

en el que el paciente “es controlado estrechamente por el médico y se puede garantizar la disponibilidad de medidas de tratamiento de urgencia”. En lo que al caso concreto se refiere, indica que “es conocida en la práctica médica la recomendación, a los pacientes asmáticos, de evitar el empleo de AINEs (...) y el Aas por mayor sensibilidad para desencadenar un cuadro de broncoespasmo” y que el perjudicado “había sido tratado con otros `analgésicos´ tipo paracetamol que no habían sido eficaces en el tratamiento del dolor cólico”, y frente a “los que hasta ese momento no había presentado reacciones de hipersensibilidad”, considerando que, “dada la severidad de las reacciones” -incluida una posterior al episodio por el que se reclama relacionada con la toma de paracetamol-, la utilización de cualquier medicación por vía parenteral en este paciente debe realizarse “en medio hospitalario”, precisando, por último, que el perjudicado se ha recuperado “totalmente” del cuadro anafiláctico sufrido.

5. El día 8 de febrero de 2010, el Gerente del Hospital “X” envía al Servicio instructor una copia del informe elaborado por la Jefa de la Sección de Neumología con esa misma fecha. En él afirma que “sorprende que un asma leve como era este caso presente una crisis tan severa”, pese a que la reacción sufrida está descrita en pacientes con asma, y hace constar que “no parece que el hecho de haber recibido nolutil y paracetamol sea la causa de su falta de control posterior del asma bronquial”, aunque sí “han sido la causa de su crisis severa de broncoespasmo”. Finalmente, y en cuanto a la imposibilidad de toma de medicación alegada por el reclamante, recuerda que existen alternativas facilitadas por el especialista en Alergología que atiende al paciente y que las recomendaciones proporcionadas (salvo en lo concerniente al paracetamol) son las dadas “a los asmáticos en general y sobre todo a los (...) más severos”.

6. Con fecha 26 de marzo de 2010, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él señala que “el médico fue advertido de la naturaleza alérgica del paciente y,

aunque el establecimiento asistencial disponía de todos los elementos para atender la reacción anafiláctica producida, la relación causal entre el obrar médico y el efecto dañoso existió". Los riesgos, continúa, "se produjeron, aunque se minimizaron al estar el paciente en un medio hospitalario", causando "la crisis severa de broncoespasmo" el uso, "primero", del paracetamol y, a continuación, del metamizol.

Concluye que, si bien "la actuación del personal interviniente en el proceso asistencial al paciente no fue negligente", sí se "omitió el conocimiento de (sus) antecedentes personales (...), no evitando el resultado dañoso", y que no cabe considerar el caso como "daño desproporcionado o inexplicable, pues había evidencia de la afección padecida por el enfermo, dejando constancia de ello en su historia clínica". Por tanto, propone estimar la reclamación presentada, "dejando para un momento posterior de la tramitación del expediente la fijación de la cuantía indemnizatoria".

7. Mediante escritos de 15 de abril de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

8. El día 13 de agosto de 2010, el interesado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito en el que manifiesta interponer "reclamación previa contra la desestimación por silencio administrativo de la reclamación patrimonial".

9. Con fecha 14 de julio de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios dirige un escrito a la correduría de seguros en el que, tras informar que "la Comisión de Seguimiento" ha acordado "estimar la reclamación", solicita que "procedan a la valoración económica de los daños alegados por el reclamante".

Obra incorporado al expediente un dictamen estimatorio para valoración de daños corporales, de fecha 9 de agosto de 2011, en el que se cuantifica la indemnización en cuarenta y un mil cuatrocientos sesenta y nueve euros (41.469 €).

En él, dicho importe se desglosa en los siguientes conceptos: incapacidad temporal correspondiente a veintisiete días de estancia hospitalaria y cincuenta y cinco días impeditivos, 4.693,96 €; secuela de "insuficiencia respiratoria moderada", 17.120,36 €; concurrencia de factores de corrección por ingresos, 2.181,43 €, e "invalidez permanente parcial", 17.472,92 €.

10. Mediante escrito notificado al reclamante el día 8 de septiembre de 2011, se le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y se le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

11. Con fecha 24 de septiembre de 2011, el interesado presenta en una oficina de correos un escrito de alegaciones en el que manifiesta su conformidad con la estimación de la reclamación, si bien disiente de la cuantía indemnizatoria propuesta por las razones que expone, reiterando que la misma asciende a 294.765 €.

Adjunta un informe clínico emitido por el Servicio de Alergología de un hospital de otra Comunidad Autónoma, de fecha 28 de julio de 2010, en el que figura como juicio clínico "asma grave no alérgico de difícil control".

12. El día 15 de noviembre de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido parcialmente estimatorio. Considera que "la administración de metamizol al paciente (aunque estaba indicado para la patología que presentaba) no fue (lo) más apropiado, dado el historial de alergia a AINEs que los médicos conocían y que fue lo que originó la reacción anafiláctica y el broncoespasmo. De este episodio se recuperó completamente y no tiene ninguna relación con la evolución del proceso asmático que padece (que viene desde la infancia y que

trataba con el uso de broncodilatadores a demanda). De hecho, los ingresos posteriores al alta de fecha 6 de abril de 2009 no guardan relación con su patología asmática (neumonía y dolor abdominal) (...). En lo referente a su discrepancia con el grado de incapacidad permanente que se le valora, en el informe clínico del hospital” aportado durante el trámite de audiencia “se indica que el paciente ha mejorado la tolerancia al ejercicio con el tratamiento y que presenta ‘mala tolerancia al esfuerzo moderado’, que no puede ser calificada como una incapacidad permanente absoluta”, y a la que contribuye “la presencia de bronquiectasias, que no guardan relación con su proceso asmático”.

Por ello, propone la estimación parcial de la reclamación “en la cantidad de cuarenta y un mil cuatrocientos sesenta y nueve euros (41.469 €), sin perjuicio de que esta cantidad sea incrementada con los intereses que legalmente correspondan en la fecha en que se dicte resolución”.

13. En este estado de tramitación, mediante escrito de 15 de diciembre de 2011, registrado de entrada el día 27 del mismo mes, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, cuyo original adjunta.

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

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

Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), está el interesado activamente legitimado para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado 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 19 de enero de 2010, habiendo sido dado de alta el paciente tras el ingreso hospitalario ocasionado por el cuadro anafiláctico sufrido el día 23 de enero de 2009, 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.- Pretende el reclamante el resarcimiento del daño derivado del agravamiento de la enfermedad que padecía (asma) tras haber sufrido un cuadro anafiláctico a causa del tratamiento dispensado en un centro sanitario público.

A la vista de la documentación obrante en el expediente, resulta acreditado que el perjudicado presentó una reacción alérgica a consecuencia de la administración de metamizol durante la atención recibida en el Servicio de Urgencias, padeciendo una crisis severa por broncoespasmo que motivó su ingreso hospitalario, por lo que debemos considerar probado que ha sufrido un daño efectivo cuya evaluación más precisa realizaremos, en su caso, si

concurrir los presupuestos para la declaración de responsabilidad de la Administración.

Ahora bien, la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio público sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que el interesado no tuviera el deber jurídico de soportar.

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, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*.

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. También hemos de señalar que corresponde a quien reclama la prueba de

todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, 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.

En el supuesto concreto que examinamos, los elementos de juicio proporcionados por la propia Administración sanitaria permiten alcanzar plena convicción acerca de la existencia de una infracción de la *lex artis* consistente en la administración al paciente de una medicación no recomendada en atención a sus antecedentes personales conocidos. Así, en el informe de Urgencias elaborado en la primera visita del reclamante -15 de enero de 2009-, y al que remite de forma explícita el emitido con ocasión de la segunda asistencia prestada, se hicieron constar como antecedentes personales del paciente "alérgico a AAS e Ibuprofeno (broncoespasmo)" y "asma bronquial". Al respecto, el informe elaborado por el Servicio de Urgencias con fecha 4 de febrero de 2010 no sólo reconoce que la utilización del metamizol originó el cuadro anafiláctico sufrido por el paciente, sino que también admite que "es conocida en la práctica médica la recomendación, a los pacientes asmáticos, de evitar el empleo de AINEs (...) y el Aas por mayor sensibilidad para desencadenar un cuadro de broncoespasmo". A la vista de ello, el informe técnico de evaluación reconoce que al prescribirse la medicación se "omitió el conocimiento de los antecedentes personales del paciente", pese a que "había evidencia de la afección padecida por el enfermo". Según expone la Inspectora de Prestaciones Sanitarias, "la aparición de reacciones anafilácticas graves tras su uso están recogidas en la ficha técnica de este medicamento" y, aunque su incidencia sea baja, lo cierto es que "también recoge" esta "ficha técnica que su administración está contraindicada en pacientes con antecedentes de reacciones a derivados pirazolónicos y en general en pacientes que han tenido síntomas de asma, rinitis, urticaria o tras administración de ácido acetil salicílico, paracetamol o antiinflamatorios no esteroideos, y que (...) los pacientes que demostraron una reacción de hipersensibilidad a estos medicamentos no deben volver a ser reexpuestos". A su vez, la propuesta de

resolución señala que “queda claro que la administración de metamizol al paciente (...) no fue (lo) más apropiado, dado el historial de alergia a AINEs que los médicos conocían y que fue lo que originó la reacción anafiláctica y el broncoespasmo”.

Por tanto, este Consejo, a la vista de los informes incorporados al expediente, considera acreditada la infracción de la *lex artis* y su relación de causalidad con la crisis anafiláctica padecida por el reclamante.

SÉPTIMA.- Fijados los hechos y establecida la relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el daño producido, procede valorar la cuantía de la indemnización solicitada sobre la base de los daños y perjuicios efectivamente acreditados.

Al respecto, hemos de advertir que el reclamante se limita a solicitar una cantidad global, sin aportar el necesario y suficiente soporte probatorio que respalde su petición, aunque sí precisa los conceptos que entiende resarcibles: “días de hospitalización durante el año en que se presenta esta reclamación, días impeditivos y secuela consistente en insuficiencia respiratoria restrictiva tipo IV”.

Por su parte, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios acoge en la propuesta de resolución la cuantía indemnizatoria señalada por la aseguradora de la Administración, en la que se integran diversos conceptos -indemnización básica por lesiones permanentes, con factor de corrección por ingresos y lesiones permanentes que constituyen una incapacidad parcial, e indemnización por incapacidad temporal-.

En orden al cálculo de la indemnización, parece apropiado valerse del baremo establecido al efecto en la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor (Texto Refundido aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre), que, si bien no resulta de aplicación obligatoria, viene siendo generalmente utilizado, con carácter subsidiario y orientativo, a falta de otros criterios objetivos. No obstante, ha de precisarse que la indemnización se ha de fijar siguiendo las cuantías

actualizadas a la fecha en que se ponga fin al procedimiento, que son determinadas, de acuerdo con lo establecido en la citada norma, anualmente y con efectos de primero de enero de cada año. Por tanto, tal y como opone el reclamante en su escrito de alegaciones, no cabe admitir la valoración realizada siguiendo el baremo correspondiente al año 2009 que efectúa la compañía aseguradora por entenderlo aplicable, sin más, por tratarse del de la "fecha de los hechos", pues, conforme a lo dispuesto en el artículo 141.3 de la LRJPAC, la cuantía de la indemnización ha de actualizarse "con arreglo al índice de precios al consumo, fijado por el Instituto Nacional de Estadística", que es el que se toma en consideración para la actualización anual del citado baremo.

Dado que la propuesta de resolución recoge íntegramente el importe estimado por la compañía aseguradora sin mayor precisión, cabe presumir que asume los distintos conceptos que conforman la valoración efectuada por aquella. Al respecto, disiente este Consejo en cuanto al reconocimiento de una indemnización por la secuela de insuficiencia respiratoria "moderada", pues la documentación obrante en el expediente no permite concluir que la negativa evolución del asma que padecía el perjudicado se deba a la desafortunada administración de metamizol. Tanto el informe técnico de evaluación como la propuesta de resolución coinciden al afirmar que el paciente "se recuperó" del cuadro tras ser tratado en la UVI "completamente y no tiene ninguna relación con la evolución del proceso asmático que padece (que viene desde la infancia)". Además, el dictamen para valoración de daños corporales tiene en cuenta, para determinar la existencia de dicha secuela, "los valores de las espirometrías realizadas entre el 21-01-09 y el 2-04-09", esto es, confronta los resultados de dos pruebas hechas después de sufrir el episodio de broncoespasmo sin considerar la situación previa al mismo, y afirmando, además, que es "con posterioridad" a otro ingreso por distinto motivo -"neumonía"- cuando "el deterioro es más acusado", pues "las infecciones respiratorias son otro factor de agravación". Por otra parte, ese mismo dictamen advierte que "un asma de difícil control tiene un origen multifactorial", siendo "muchos" los factores "que dificultan el control del asma: alérgenos,

medicamentos, infecciones respiratorias, factores psicológicos, el tratamiento incorrecto, el incumplimiento terapéutico". Ante tal observación, no puede dejar de apreciarse que la historia clínica evidencia la existencia de otros factores en el enfermo (tabaquismo, convivencia con animal doméstico en domicilio pese a "hipersensibilidad a ácaros") que previsiblemente pueden incidir en el desarrollo de la enfermedad. El informe aportado por el interesado (fechado más de un año antes de su presentación) tampoco clarifica la pretendida asociación entre aquel episodio y el estado actual del paciente, diagnosticándose "asma grave no alérgico de difícil control, bronquiectasias" e "intolerancia a AINEs", señalando la propuesta de resolución, a propósito de este juicio clínico, que las bronquiectasias que contribuyen a la "mala tolerancia al esfuerzo moderado" detectadas en el enfermo "no guardan relación con su proceso asmático". A mayor abundamiento, debe tenerse en cuenta que, tal y como se indica en el informe emitido por el Servicio de Neumología, se desconoce la situación del paciente previa al primer ingreso, pues llevaba solo un mes residiendo en la Comunidad Autónoma, por lo que las observaciones relativas al anterior grado de control de la enfermedad resultan exclusivamente de sus propias manifestaciones.

Tampoco estimamos justificado un resarcimiento como "factor de corrección" de eventuales pérdidas de ingresos que no solo no se han acreditado, sino que el interesado ni siquiera ha solicitado.

En definitiva, consideramos procedente reconocer una indemnización en concepto de días de hospitalización correspondiente a los 27 días de ingreso hospitalario, a la que habrá de añadirse la relativa a 53 días impeditivos, pues parece razonable seguir en este punto el criterio manifestado en el dictamen para valoración de daños corporales emitido a solicitud de la Administración, en el que se señala que ha de estimarse "como tiempo de curación" el comprendido entre "la fecha de la crisis broncoespástica" hasta "el alta hospitalaria de fecha 6-04-09, en que sufre reagudización, sin desencadenantes". En todo caso, deben precisarse las fechas incluidas en el citado dictamen, ya que, de acuerdo con los datos obrantes en la historia

clínica, las fechas de ingreso y alta de la primera estancia en el hospital son, respectivamente el 15 y el 23 de enero de 2009. Por último, como ya hemos mencionado, el importe resultará de la aplicación de las cuantías de las indemnizaciones por incapacidad temporal del sistema para valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, actualizadas a la fecha en que se dicte la resolución por la que se ponga fin al procedimiento.

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

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.