

Expediente Núm. 168/2015
Dictamen Núm. 191/2015

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, Rosa María
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 5 de noviembre de 2015, 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 17 de septiembre de 2015 -registrada de entrada el día 25 del mismo mes-, examina el expediente relativo a las reclamaciones de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formuladas por, por los daños y perjuicios derivados de la asistencia prestada por el servicio público sanitario a un familiar.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 13 de enero de 2015, una de las interesadas presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados de lo que considera una deficiente asistencia prestada por parte del servicio público sanitario a su esposo y a la que atribuye su fallecimiento.

Expone que el perjudicado "acudió el día 18 de agosto de 2014 al Servicio de Urgencias del Hospital después de un cuadro febril de cuatro días de duración durante el cual fue atendido domiciliariamente" en el centro de salud. Refiere que en el "transcurso de su ingreso en el Servicio de Medicina Interna causó coma del que finalmente falleció el día 22 de agosto en la Unidad de Cuidados Intensivos de ese mismo hospital".

Manifiesta que "no tiene duda alguna de que su fallecimiento se produjo como consecuencia de una serie de negligencias médicas", reseñando como tales "la recomendación de la doctora del centro de salud de que tratase su cuadro febril con paracetamol siendo conocedora de que (...) padecía (...) cirrosis hepática por déficit de alfa 1 antitripsina" y el hecho de que "estuviese diagnosticado de cirrosis hepática desde el año 2012 y en ningún momento se le ofreciese ni se le derivase a la Unidad de Trasplantes", calificando esta última actuación como "de mayor gravedad".

2. Mediante escrito de 20 de enero de 2015, la Jefa del Servicio de Asuntos Generales de la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias traslada la reclamación al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios. En el citado escrito consta un registro de salida de la Administración del Principado de Asturias de fecha 20 de enero de 2015 y un registro de entrada en dicha Administración del día 23 del mismo mes.

3. Con fecha 13 de febrero de 2015, 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 -23 de enero de 2014 (*sic*)-, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

Asimismo la requiere para que, conforme a lo dispuesto en el artículo 71.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, proceda "a la cuantificación económica del daño o, en su defecto, indicar las causas que motivan la

imposibilidad de realizarla” y para que aporte “un certificado de defunción del perjudicado”.

4. El día 20 de febrero de 2015, la reclamante presenta un escrito en el registro de la Administración del Principado de Asturias en el que valora el daño sufrido en ciento noventa y cuatro mil trescientos dos euros con tres céntimos (194.302,03 €), que desglosa en los siguientes conceptos: por el fallecimiento, 115.035,21 €, y por la diferencia entre “la pensión de viudedad que percibo (...) y el salario neto de mi esposo” durante “los meses que le restaban hasta su jubilación”, 79.266,82 €.

Adjunta el certificado de defunción de su cónyuge y una copia del Libro de Familia que acredita el matrimonio.

5. Con la misma fecha, quien se identifica como madre del fallecido presenta en el registro de la Administración autonómica un escrito en virtud del cual se persona como parte en el expediente “en el que se encuentra ya personada mi nuera” y solicita “la indemnización que, como madre del fallecido, legalmente me corresponde, la cual cifro en la suma de 10.544,88 euros”.

6. Mediante oficio de 23 de febrero de 2015, la Gerente del Área Sanitaria V envía al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios los informes elaborados por el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna y por una facultativa del Centro Periférico

El primero de ellos señala, el 16 de febrero de 2015, que “el paciente fue diagnosticado de déficit de alfa 1 antitripsina en 1997 por Digestivo y Neumología, donde seguía revisiones periódicas de la afectación pulmonar y hepática de su enfermedad”. Manifiesta que “el primer contacto con el Servicio de Medicina Interna es en diciembre de 2012, en que ingresa con motivo de una infección respiratoria de la que evolucionó de forma favorable y fue dado de alta a las 48 horas de su ingreso. En el informe se hace referencia al diagnóstico de déficit homocigoto de alfa 1 antitripsina con afectación hepática

en forma de cirrosis en estadio Child-Pugh A (...), hipertensión arterial, diabetes y (...) bronquitis con obstrucción que motivó su ingreso (...). Es visto en (...) Medicina Interna el 13 de mayo de 2014 con motivo de un linfedema crónico en miembros inferiores, y en la exploración se hace referencia a la ausencia de signos de ascitis (...). Ingresa en la Sección de Digestivo el 28 de junio de 2014 con motivo de una encefalopatía hepática que se relacionó con una infección -celulitis en brazo derecho- y a un tratamiento con antihistamínicos que había recibido. Respecto a la cirrosis hepática, se la clasifica en estadio B de Child por la aparición de la encefalopatía (...). Ingresa nuevamente en la Sección de Digestivo el día 18 de agosto de 2014 (por) fiebre acompañada de deterioro general con datos de infección que se relacionó con una infección urinaria a la vista de los estudios realizados, que mostraban una leucocitosis con deterioro de la función renal. Se inició de forma empírica un tratamiento con antibióticos (...). El día 19 de agosto, a las 16:45 horas, avisan a la guardia de Medicina Interna por deterioro general acompañado de hipotensión y disminución del nivel de conciencia. Se solicita valoración al Servicio de Medicina Intensiva, que se ocupa de su atención posterior hasta su fallecimiento el 22 de agosto”.

Explica que “en los estudios realizados se constata la existencia de una infección urinaria por *Klebsiella pneumoniae* con bacteriemia acompañante (...) sensible al tratamiento antibiótico empírico pautado tras el ingreso (...). El paciente desarrolló un fracaso multiorgánico con acidosis láctica, fracaso renal, situación de shock, trastorno de coagulación, insuficiencia respiratoria e insuficiencia hepática que fueron responsables de su fallecimiento (...). Con toda probabilidad la diabetes y la cirrosis hepática que presentaba fueron factores subyacentes favorecedores de la infección -ambos condicionan una susceptibilidad aumentada y una respuesta a las infecciones menos eficaz (...). Una ecografía realizada a su ingreso y otra posterior mostraron un hígado de morfología cirrótica, de carácter heterogéneo, con dos imágenes nodulares a nivel del lóbulo hepático derecho, esplenomegalia, signos de hipertensión portal y discreta cantidad de líquido ascítico (...). La causa de la evolución

rápida y fatal fue la infección urinaria por *Klebsiella pneumoniae* complicada con una bacteriemia, que a pesar de haber sido tratada con antibiótico adecuado a la sensibilidad del microorganismo no fue suficiente para evitar las complicaciones y hechos posteriores (...). La realización de la necropsia que la familia desestimó podría haber ofrecido más luz sobre algunos aspectos no aclarados, especialmente los relacionados con los nódulos hepáticos”.

Añade que “el tratamiento con paracetamol que se esgrime en la reclamación no estimamos que haya tenido relevancia en el desarrollo de todo el proceso. Publicaciones recientes estiman que el diagnóstico de cirrosis hepática no es contraindicación para el uso del paracetamol, siempre que no se haga de forma crónica (superiores a 15 días) y no se sobrepasen las dosis habituales, entre 2 y 3 gramos diarios (...). Respecto a la evolución de su proceso hepático y a la indicación de trasplante hepático, el paciente estuvo atendido por los especialistas de Aparato Digestivo desde 1997 y (...) a lo largo de su enfermedad”.

En el informe emitido el 23 de febrero de 2015 por una facultativa del Centro Periférico se consigna que recibe “aviso domiciliario el (...) 13 de agosto de 2014 por cuadro de fiebre. Ese mismo día acudí al domicilio por fiebre de 24 horas de evolución, con pico febril por la tarde hasta 38 °C. Buen estado general, afebril en el momento de la exploración, sin alteraciones respiratorias, urinarias ni cardiológicas. Ante la ausencia de foco responsable de la fiebre indiqué al paciente tomar Efferalgan 1 g que (...) tenía en casa, 1 cada 8 horas, y que si persistía la fiebre el viernes día 15 debería acudir al Servicio de Urgencias del Hospital El jueves 14 no tuve noticias del paciente. El día 15 fue festivo, el 16 era sábado y el 17 domingo./ El lunes día 18 llamé por teléfono al domicilio entre las 08:00 y las 09:00 horas, la mujer me dijo que el paciente se encontraba mal y que tenía fiebre en picos pero que se había negado a ir a Urgencias del Hospital, y no quiso tampoco avisar a otro Servicio de Urgencias. Le insistí en esa misma conversación que debía ir a Urgencias del Hospital para estudiar el origen de la fiebre./ Ignoro si en el periodo entre el día 15 (fecha en la que debía haber acudido a

Urgencias al persistir la fiebre) y el día 18 estuvo tomando alguna medicación”.

7. Con fecha 11 de marzo de 2015, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios remite una copia de la reclamación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y le comunica que “ya se ha iniciado expediente de responsabilidad patrimonial”.

8. Mediante escrito notificado a una de las reclamantes el 17 de marzo de 2015 -en el que se identifica como interesadas a esta y a su suegra-, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios le comunica la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias -23 de enero de 2015-, 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 se requiere a la madre del finado para que proceda a “acreditar el parentesco con el perjudicado”.

9. El día 16 de marzo de 2015, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios solicita a la Gerencia del Área Sanitaria V una copia de la historia clínica “relativa al proceso (...) de referencia, tanto del Hospital como de Atención Primaria, así como un informe del Servicio de Nefrología”.

10. Con fecha 26 de marzo de 2015, la madre del fallecido presenta un escrito en el registro de la Administración del Principado de Asturias al que adjunta una copia del Libro de Familia que acredita su parentesco con aquel.

11. Mediante oficio de 14 de abril de 2015, la Gerente del Área Sanitaria V envía al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica. El día 30 de abril de 2015 le remite el informe emitido en la misma fecha por el Jefe de la Sección de Aparato Digestivo del Hospital

El informe trata de dar respuesta a la parte de la reclamación en la que se afirma que el fallecimiento del paciente estuvo relacionado con la ausencia de su inclusión en la lista de espera de trasplantes hepáticos. En él expone que, “comentado con la Unidad de Hígado del hospital, se considera que al paciente se le han realizado los controles según las guías clínicas de forma correcta”, y añade que, “como se indica en el informe de marzo de 2014, presentaba una cirrosis hepática con un Child B de 7 puntos./ En el momento del ingreso (28-6-14) se le catalogó como un Child B de 8/15 con un Meld de 13 puntos; sin embargo dicho parámetro no tiene valor dentro de una situación aguda, como es un ingreso con un cuadro secundario a celulitis”. Señala que el paciente volvió a ser valorado el 18-7-14 y que, dado que “en ese momento su Child no correspondía a un inicio de trasplante, se continuó con los estudios (...) y se solicitó una revisión a los 6 meses”.

Explica que el hecho de que “el paciente sea portador de una cirrosis hepática no significa en ningún momento que ya sea candidato para trasplante hepático, motivo por el cual están protocolizados los controles semestrales para su continua valoración; solamente en caso de presentar un Child de 9 puntos y un Meld mayor de 12 puntos de forma permanente se deben indicar los estudios complementarios previos a un posible trasplante, siendo su incorporación en (la) lista de inclusión a partir de un Meld de 15 puntos; por lo tanto, según se refleja en la historia clínica, el paciente fue revisado correctamente en los periodos acordados por las guías clínicas y en el último estudio que se realizó (18-7-14) no se objetivó un Child superior (a) 9 puntos”.

12. El día 20 de mayo de 2015, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él expone que “se trata de paciente en seguimiento periódico en el Hospital, estando diagnosticado desde 1997 de déficit de alfa 1 antitripsina y seguido por Digestivo y Neumología (...). Presentó en su evolución una cirrosis hepática (...) clasificada como Child-Pugh A en un ingreso de diciembre de 2012 ocurrido por una infección respiratoria” y “como Child B 7/15, según

consta en informe de 28 de marzo de 2014./ Posteriormente volvió a ingresar el 28 de junio de 2014, siendo catalogado de estadio Child-Pugh 8/15 con un Meld de 13 puntos (...). Volvió a ser valorado (...) el 18 de julio de 2014 en consulta externa de Digestivo" y la "clasificación Child-Pugh era de B 7/15".

Señala que el día 13 de agosto de 2014 su médico de Atención Primaria "recibe aviso domiciliario por fiebre de 24 horas de evolución sin otras alteraciones significativas, para lo que le pauta tratamiento con Efferalgan 1 gramo/8 horas, indicando que de persistir la fiebre acudiese al Servicio de Urgencias". Precisa que el 18 de agosto de 2014, ante la continuidad de la fiebre, su médico de Atención Primaria insiste en que debe acudir al Servicio de Urgencias del Hospital, donde es hospitalizado ese mismo día "de forma urgente con el diagnóstico de encefalopatía hepática II/IV, posiblemente desencadenada por infección del tracto urinario (...). El día 19 de agosto, ante el deterioro del nivel de conciencia", ingresa en la Unidad de Medicina Intensiva "en situación de shock distributivo severo con disfunción múltiple de órganos, por su situación de cirrosis descompensada más shock séptico". Aclara que la "evolución del paciente fue de deterioro progresivo" y que "condujo al fallecimiento (...) con fecha 22 de agosto de 2014".

Afirma que "el diagnóstico de cirrosis hepática no es contraindicación para el uso de paracetamol siempre que no se haga de forma crónica (por encima de 15 días) y no se sobrepasen las dosis habituales, entre 2 y 3 gramos", por lo que "el tratamiento pautado y el tiempo de tratamiento se encuentran dentro de lo clínicamente aceptable".

Sobre la "no inclusión en lista de espera de trasplante de hígado", manifiesta que "el paciente no presentaba estadio clínico que justificara su inclusión en lista de espera quirúrgica ni, por supuesto, ningún criterio de priorización para la realización del trasplante". Así, reseña que "en diciembre de 2012 fue clasificado como Child-Pugh A (...). En marzo de 2014 fue clasificado como Child-Pugh B con una puntuación de 7/15 (...). El 28 de junio de 2014, ante ingreso por situación aguda, se clasifica como Child-Pugh B, con una puntuación de 8/15 y Meld de 13. Conviene resaltar (...) que estos valores

necesitan reevaluación fuera de la situación aguda (...). El 18 de julio de 2014 fue evaluado en consultas externas de Digestivo, constando su clasificación como Child-Pugh B 7/15 (...). Con posterioridad a esta revisión ambulatoria se produjo el ingreso hospitalario en el que se produjo el fallecimiento del paciente”.

Explica que, “según se establece en el documento de consenso de la Sociedad Española de Trasplante Hepático sobre lista de espera, trasplante pediátrico e indicadores de calidad (...), los sistemas de puntuación deben evaluarse periódicamente./ Se considerarán candidatos (...) aquellos pacientes con enfermedad hepática avanzada que muestren una puntuación en la fórmula Meld de 12 puntos o más, o una categoría B-8 o superior en la clasificación de Child-Pugh./ Los pacientes con una probabilidad de mortalidad en la lista superior al 10% (Meld >15-19) deberían priorizarse”. Subraya que “en el caso que nos ocupa el paciente presentaba en el mes de julio de 2014, un mes antes de su fallecimiento, una clasificación B 7/15, puntuación que bajo ninguna circunstancia justifica la inclusión en lista de espera. Debe tenerse en cuenta que (...) el incremento de los valores en el ingreso ocurrido el 28 de junio de 2014 pudo verse alterado por las circunstancias propias de la enfermedad que motivó el ingreso, siendo reevaluado el 18 de julio tras estudios ecográficos y endoscópicos, volviendo a valores de Child-Pugh inferiores a 8”.

Concluye que “la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta (...) debe ser desestimada, ya que la actuación de la Administración sanitaria fue correcta y adaptada a los conocimientos científicos y a la *lex artis*”.

13. Mediante escritos de 28 de mayo de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas 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.

14. Con fecha 10 de julio de 2015, y a instancia de la entidad aseguradora, emite informe un especialista en Cirugía de Aparato Digestivo. En él explica que el déficit de alfa 1 antitripsina o DAAT “es una enfermedad genéticamente determinada que impide que las células del hígado liberen una proteína que es la encargada de proteger los pulmones de la inflamación crónica, y que esa proteína al acumularse en las células del hígado lo lesiona y a largo plazo produce una cirrosis hepática”. Tras relacionar numerosas “consecuencias de la evolución a cirrosis” del mencionado déficit -entre ellas, la “encefalopatía hepática”- indica que “un factor desencadenante de una encefalopatía hepática en un paciente previamente controlado es una infección en cualquier órgano del cuerpo. En (el) primer ingreso por encefalopatía la causa fue una infección de la paniculitis en miembros inferiores (celulitis subcutánea) y en la segunda la infección urinaria por *Klebsiella*”.

Afirma que el déficit de alfa 1 antitripsina es una enfermedad metabólica que se encuentra incluida entre las “candidatas a trasplante hepático”. Sin embargo, pone de manifiesto que existen unos “criterios de prioridad” para cuya determinación “hay varias clasificaciones, como la de Child-Pugh (...). Según este *score* el paciente tenía en julio de 2014 una puntuación de 8 (grado B) (...). Pero para el trasplante hepático la escala más empleada (...) es el índice Meld (...). El trasplante se considera adecuado para un Meld superior a 15”. Señala que el paciente “no fue enviado a un comité de trasplante” por diversas razones: “no alcanzaba un Meld de 15, que es la cifra de corte aceptada internacionalmente (...). Las cirrosis por DAAT es un caso muy especial de hepatopatía crónica, pues convive con una patología pulmonar severa y de mal pronóstico. Se debe valorar la posibilidad de realizar antes o después del trasplante hepático un trasplante pulmonar (...) Antecedentes de diabetes. Aunque la diabetes no es en sí misma criterio de exclusión debe valorarse como riesgo vascular general y de cardiopatía isquémica (...). El DAAT es la causa principal de trasplante en niños, pero solo representa entre el 1,5 y el 2,7% de los trasplantes de adulto, lo que indica que no son buenos candidatos a trasplante (...). Una vez se manifiesta la

primera descompensación de la hepatopatía, en este caso en julio de 2014, la evolución de la enfermedad es muy rápida y, dado que la lista de espera de trasplante es de un año aproximadamente, el DAAT tiene una elevada mortalidad en la lista de espera”.

Manifiesta que “el Efferalgan de 1 gramo (paracetamol) que el médico de cabecera le pautó como antitérmico a las dosis de 1 g cada 8 h no es motivo de deterioro hepático”. Sostiene que la recomendación científica “es no mantener dosis superiores a tres gramos al día durante más de 15 días, y eso se cumplió./ La dosis pautada de paracetamol de 3 g al día queda lejos de la dosis tóxica de inicio, que son 7,5 g/día, y aún más de la dosis relacionada con la hepatopatía aguda severa, que es de 20 g/día”.

Concluye que “la atención dispensada al reclamante fue acorde a la *lex artis*”.

15. Consta incorporado al expediente el informe emitido por un gabinete jurídico privado el 9 de julio de 2015, también a instancia de la entidad aseguradora. En él se afirma que “la actuación del Servicio de Salud del Principado de Asturias ha sido diligente y conforme a la *lex artis*”, y que no existe “nexo causal entre la actuación del Servicio de Salud del Principado de Asturias y el daño alegado”, por lo que considera que “no procede otorgar indemnización” a las reclamantes.

16. Mediante escrito notificado a las interesadas el 29 de julio de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, y les adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

Consta en él que una de las interesadas comparece en las dependencias administrativas el día 30 de julio de 2015 para examinarlo y obtener una copia del mismo.

17. Mediante oficio de 27 de agosto de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a la correduría de seguros que “ha transcurrido el plazo establecido para presentar alegaciones sin haberse recibido”.

18. Con fecha 1 de septiembre de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio.

Tras relatar los antecedentes del caso y reseñar la documentación obrante en el expediente, indica que “parece claro que el paracetamol no fue la causa del deterioro de (la) hepatopatía” del paciente, “encontrándose el tratamiento pautado y el tiempo del mismo dentro de lo clínicamente aceptable. En el caso presente fue la infección urinaria por *Klebsiella* la causa del deterioro de la hepatopatía, habiendo sido esta infección “tratada correctamente”.

Considera que “el seguimiento efectuado por los Servicios de Digestivo y Medicina Interna del Hospital (...) durante todo el proceso de enfermedad del paciente desde el año 1997 fue adecuado”, y que este “no presentaba estadio clínico que justificara su inclusión en lista de espera quirúrgica ni, por supuesto, ningún criterio de priorización para la realización de un trasplante (conviene tener presente que los valores de los índices del paciente deben ser evaluados fuera de la situación aguda, siendo el índice de Child-Pugh a 18 de julio de estadio B 7/15)”.

19. En este estado de tramitación, mediante escrito de 17 de septiembre de 2015, 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), están las interesadas activamente legitimadas para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica -en tanto que esposa y madre del perjudicado- 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 las reclamaciones se presentan con fechas 13 de enero y 20 de febrero de 2015, habiendo tenido lugar los hechos de los que traen origen -el fallecimiento del perjudicado- el

día 22 de agosto de 2014, por lo que es claro que fueron formuladas 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 informe de los servicios afectados -aunque alguno de ellos se incorpora al expediente sin que figure su petición-, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Ahora bien, debemos advertir que nos encontramos en realidad ante dos reclamaciones de responsabilidad patrimonial, por lo que procede estudiar la forma de inicio del procedimiento administrativo y las consecuencias derivadas de su tramitación. Al respecto, debemos recordar que el día 13 de enero de 2015 la esposa del fallecido formula reclamación por los daños padecidos por ella, y se le traslada la notificación prevista en el artículo 42.4 de la LRJPAC. En la misma -y con independencia de los problemas que detectamos en relación con el registro en la Administración del Principado de Asturias, que ya pusimos de manifiesto, entre otros, en nuestros Dictámenes Núm. 160/2015 y 163/2015, y a cuyas consideraciones nos remitimos- se hace referencia a la recepción de la reclamación en el año 2014, lo que, sin duda, constituye un mero error de hecho. Posteriormente -el día 20 de febrero de

2015- la madre del perjudicado se persona "en el expediente (...) en el que se encuentra ya personada (su) nuera" y pide "la indemnización que, como madre del fallecido, legalmente (le) corresponde". La Administración actuante comunica nuevamente a ambas, de forma conjunta, la información exigida por el citado artículo 42.4 de la LRJPAC, y refiere como fecha de presentación de la solicitud aquella en la que se formuló por la esposa del fallecido.

Ello nos conduce a la necesidad de valorar si la madre del perjudicado ostenta o no la condición de interesada en el procedimiento administrativo ya iniciado, y en el que dice personarse. Tratándose de un óbito, la reclamación realizada lo es por los daños morales derivados del mismo, por lo que se trata de una pretensión de carácter eminentemente personal. La resolución que pusiera fin al procedimiento iniciado por la esposa del fallecido resolvería únicamente sobre la petición formulada por esta, por lo que resulta difícil entender en qué términos afectaría a los "derechos" o "intereses legítimos" de la madre del perjudicado. Lo expuesto nos impide considerar que esta tenga, al amparo de lo dispuesto en el artículo 31.1 de la LRJPAC, la condición de interesada en el procedimiento iniciado por su nuera, por lo que no es posible acceder a su petición. No obstante, estimamos que su reclamación inicia un procedimiento de responsabilidad patrimonial autónomo.

Lo señalado lo es sin perjuicio de entender que la madre del perjudicado ostenta legitimación pasiva para reclamar por los daños morales derivados de la muerte de su hijo, por lo que hubiera sido posible que la reclamación se presentara de forma conjunta por ambas afectadas. Sin embargo, ello no sucedió así, sino que las dos se presentaron en momentos temporales distintos y con diferentes objetos -cada una de ellas reclama de forma individual la indemnización que cree le corresponde por el daño moral sufrido-. Ahora bien, existe entre ambas una "identidad sustancial o íntima conexión" que permite que sean susceptibles de tramitación conjunta, conforme a lo dispuesto en el artículo 73 de la LRJPAC. Por ello concluimos que, a pesar de que no conste incorporado al expediente un acuerdo formal de acumulación, es evidente que la Administración procedió a acumular *de*

facto las reclamaciones, hasta el punto de formular una única propuesta de resolución, que -recordamos- deberá pronunciarse expresamente sobre las dos pretensiones, sin que la referida omisión adquiera especial trascendencia.

Pero lo que sí tiene relevancia es la determinación del plazo establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial para adoptar y notificar la resolución expresa en el caso de cada una de las reclamaciones. Al respecto debemos señalar que, como indica la Sentencia del Tribunal Supremo de 6 de mayo de 2011 -ECLI:ES:TS:2011:2649-, la acumulación "es una técnica de dirección del procedimiento" en la que los "expedientes acumulados conservan identidad". Por tanto, en cada uno de ellos los plazos se computarán desde la fecha de presentación de las correspondientes solicitudes, lo que impide que la comunicación efectuada a la madre del fallecido en virtud de lo dispuesto en el artículo 42.4 de la LRJPAC identifique como fecha de recepción de su solicitud aquella en la que fue recibida la de la esposa del perjudicado. No obstante, aunque a la fecha de entrada de la petición de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya en ambos casos el referido plazo, 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.- Las interesadas solicitan una indemnización por los daños ocasionados tras el fallecimiento de su esposo e hijo, respectivamente, que consideran debido al funcionamiento anormal del servicio público sanitario.

A la vista de la documentación obrante en el expediente resulta acreditado el óbito de aquel, por lo que hemos de presumir el daño moral que ello supone.

Ahora bien, la mera constatación de un daño real, efectivo, individualizado, evaluable económicamente y 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.

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*, 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 las reclamantes 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 ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En este sentido, y con carácter preliminar, debemos advertir ya en este momento que, a pesar de que incumbe a quien reclama la carga de probar la existencia de la relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el daño alegado, y en particular que se ha producido una violación de la *lex artis* médica, las interesadas no desarrollan actividad probatoria alguna al respecto. En consecuencia, dado que en el procedimiento administrativo que analizamos aquellas no ejercitan el derecho que la ley les confiere a presentar pruebas o pericias que apoyen sus imputaciones, este Consejo Consultivo habrá de formar su convicción sobre la base de los informes técnico-médicos que obran en el expediente.

Así las cosas, y aplicando lo razonado al supuesto que nos ocupa, nos encontramos con que el informe técnico de evaluación y el informe pericial incorporado al expediente a instancias de la entidad aseguradora de la Administración son coincidentes en considerar adecuada a la *lex artis* la actuación realizada por el servicio público de salud. La documentación obrante en el expediente permite dar por acreditado que el perjudicado, diagnosticado de déficit de alfa 1 antitripsina en 1997, seguía en el Hospital revisiones periódicas de la afectación pulmonar y hepática de su enfermedad. En diciembre de 2012 "ingresa con motivo de una infección respiratoria de la que evolucionó de forma favorable". En ese momento la cirrosis hepática que padecía como consecuencia del déficit de alfa 1 antitripsina es clasificada como Child-Pugh A; clasificación que pasa a "Child B 7/15, según consta en informe de 28 de marzo de 2014". El 28 de junio de 2014 ingresa en la Sección de Digestivo "con motivo de una encefalopatía hepática que se relacionó con una infección -celulitis en brazo derecho- y (...) un tratamiento con antihistamínicos que había recibido". Durante este ingreso la clasificación de su cirrosis hepática alcanza el nivel "Child B de 8/15 con un Meld de 13 puntos". En la consulta de la Sección de Digestivo realizada el día 18 de julio de 2014 "la clasificación Child-Pugh era de B 7/15". El día 13 de agosto de

2015 una facultativa del Centro Periférico recibe "aviso domiciliario (...) por cuadro de fiebre" y acude al domicilio del paciente, donde le encuentra con un "buen estado general, afebril en el momento de la exploración, sin alteraciones respiratorias, urinarias ni cardiológicas", por lo que, "ante la ausencia de foco responsable de la fiebre", le prescribe "Efferalgan 1 g (...), 1 cada 8 horas", indicándole que "si persistía la fiebre el viernes día 15 debería acudir al Servicio de Urgencias del Hospital". La facultativa manifiesta no tener más contacto con el perjudicado hasta el día 18 de agosto de 2015, cuando llama "por teléfono al domicilio" y su esposa le explica que aquel "se encontraba mal y que tenía fiebre en picos, pero que se había negado a ir a Urgencias del Hospital". La médica de Atención Primaria insiste en que debe acudir al Servicio de Urgencias, ingresando el paciente en la Sección de Digestivo ese mismo día por "fiebre acompañada de deterioro general con datos de infección, que se relacionó con una infección urinaria". Al día siguiente se produce un "deterioro general acompañado de hipotensión y disminución del nivel de conciencia", por lo que es remitido al Servicio de Medicina Intensiva, donde es atendido hasta que fallece el día 22 de agosto de 2015.

Según el informe emitido por el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna "la causa de la evolución rápida y fatal fue la infección urinaria por *Klebsiella pneumoniae* complicada con una bacteriemia, que a pesar de haber sido tratada con antibiótico adecuado a la sensibilidad del microorganismo no fue suficiente para evitar las complicaciones y hechos posteriores". Sostiene que "con toda probabilidad la diabetes y la cirrosis hepática que presentaba fueron factores subyacentes favorecedores de la infección".

La viuda del perjudicado considera que el fallecimiento de su esposo se produjo como consecuencia de "la recomendación de la doctora del centro de salud de que tratase su cuadro febril con paracetamol" y al hecho de que nunca se le hubiese ofrecido la posibilidad de realizar un trasplante de hígado.

Por su parte, la madre del fallecido se limita a personarse en el expediente ya iniciado y a solicitar "la indemnización que (...) legalmente (le) corresponde".

Sobre el primero de los aspectos señalados por la esposa del perjudicado, los informes emitidos por los servicios afectados, el informe técnico de evaluación y el pericial elaborado a instancias de la compañía aseguradora coinciden en señalar la imposibilidad de que el tratamiento con paracetamol pautado tuviera relación alguna con el deterioro hepático del paciente o con su fallecimiento. Así, el informe técnico de evaluación subraya que "el diagnóstico de cirrosis hepática no es contraindicación para el uso de paracetamol siempre que no se haga de forma crónica (por encima de 15 días) y no se sobrepasen las dosis habituales, entre 2 y 3 gramos", por lo que "el tratamiento pautado y el tiempo de tratamiento se encuentran dentro de lo clínicamente aceptable". El informe de la aseguradora añade que "la dosis pautada de paracetamol de 3 g al día queda lejos de la dosis tóxica de inicio, que son 7,5 g/día, y aún más de la dosis relacionada con la hepatopatía aguda severa, que es de 20 g/día". Por ello, no resulta posible aceptar el argumento sostenido por las reclamantes.

En cuanto a la no inclusión del paciente en la lista de espera de trasplantes hepáticos, todos los informes obrantes en el expediente niegan su vinculación con el fallecimiento del perjudicado. El Jefe de la Sección de Aparato Digestivo del Hospital explica que el hecho de que "el paciente sea portador de una cirrosis hepática no significa en ningún momento que ya sea candidato para trasplante hepático (...), solamente en caso de presentar un Child de 9 puntos y un Meld mayor de 12 puntos de forma permanente se deben indicar los estudios complementarios previos a un posible trasplante, siendo su incorporación en lista de inclusión a partir de un Meld de 15 puntos; por lo tanto, según se refleja en la historia clínica, el paciente fue revisado correctamente en los periodos acordados por las guías clínicas, y en el último estudio que se realizó (18-7-14) no se objetivó un Child superior (a) 9 puntos".

El informe técnico de evaluación indica que "en el caso que nos ocupa el paciente presentaba en el mes de julio de 2014, un mes antes de su

fallecimiento, una clasificación B 7/15, puntuación que bajo ninguna circunstancia justifica la inclusión en lista de espera. Debe tenerse en cuenta que (...) el incremento en los valores en el ingreso ocurrido el 28 de junio de 2014 pudo verse alterado por las circunstancias propias de la enfermedad que motivó" el mismo, "siendo reevaluado el 18 de julio tras estudios ecográficos y endoscópicos, volviendo a valores de Child-Pugh inferiores a 8".

El especialista en Cirugía de Aparato Digestivo afirma que el paciente "no fue enviado a un comité de trasplante" porque "no alcanzaba un Meld de 15, que es la cifra de corte aceptada internacionalmente". Además añade otros criterios que desaconsejaban su inclusión en la lista de espera, como el hecho de que "la cirrosis por DAAT es un caso muy especial de hepatopatía crónica, pues convive con una patología pulmonar severa y de mal pronóstico", por lo que se "debe valorar la posibilidad de realizar antes o después del trasplante hepático un trasplante pulmonar", y la condición de diabético del paciente, ya que, aunque la "diabetes no es en sí misma criterio de exclusión debe valorarse como riesgo vascular general y de cardiopatía isquémica". Finalmente, señala que "una vez se manifiesta la primera descompensación de la hepatopatía, en este caso en julio de 2014, la evolución de la enfermedad es muy rápida y, dado que la lista de espera de trasplante es de un año aproximadamente, el DAAT tiene una elevada mortalidad en la lista de espera".

A la vista de los criterios de selección explicados, y teniendo en cuenta que la clasificación "Child-Pugh 8/15 con un Meld de 13 puntos" alcanzada por la cirrosis hepática que sufría el paciente el 28 de junio de 2014 pudo resultar alterada por la enfermedad causante de aquel ingreso, realizándose una reevaluación posterior -el 18 de julio de 2014- cuyos valores fueron más bajos, consideramos, tal y como indican los informes técnicos emitidos durante la instrucción del procedimiento, que el paciente no cumplía criterios para ser incluido en la lista de espera para un trasplante de hígado.

En definitiva, no cabe apreciar relación de causalidad entre el fallecimiento del paciente y la asistencia que se le dispensó, que fue correcta.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada, y, en consecuencia, deben desestimarse las reclamaciones presentadas por, tramitadas de forma acumulada.”

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.