

Dictamen Núm. 185/2026

V O C A L E S :

Baquero Sánchez, Pablo
Presidente
Díaz García, Elena
Menéndez García, María Yovana
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
Santiago González, Iván de

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 23 de julio de 2026, 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 7 de mayo de 2026 -registrada de entrada el día 15 de ese mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños derivados del fallecimiento de su familiar, que vinculan a la eventual falta de tratamiento de una insuficiencia renal.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 5 de mayo de 2025, los interesados -cónyuge e hijos del paciente fallecido- presentan, a través del Registro Electrónico General, un escrito por el que interpone una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Consejería de Salud del Principado de Asturias, por los daños derivados del fallecimiento de su familiar, que consideran consecuencia de la falta de tratamiento adecuado de una insuficiencia renal.

Exponen que el paciente "había sido diagnosticado en el mes de marzo de 2019 de un adenocarcinoma de pulmón estadio IV-B, siendo tratado con quimioterapia e inmunoterapia, con respuesta satisfactoria a la enfermedad, permaneciendo en seguimiento con pruebas de imagen periódicas, con los siguientes resultados:/ a) Tac craneal realizado el 20 de marzo de 2024: se constató que no presentaba patología intracraneal aguda, consignándose en el informe del Servicio de Radiodiagnóstico del (Hospital "X") de 4 de abril de 2024 que no existía en dicha fecha nuevos hallazgos respecto al realizado./ b) Tac toraco-abdominal del 4 de abril de 2024, que se comparó con estudio previo del 13 de octubre de 2023, en el que se consideró como diagnóstico que la enfermedad estaba estable, no presentando adenopatías y constatándose lesiones cicatriciales en ambos vértices pulmonares con granulomas calcificados, con una formación quística en la pared bronquial que estaba discretamente engrosada en el lóbulo superior izquierdo sin cambios con respecto al estudio del 13 de octubre de 2023. En conclusión: sin signos de progresión tumoral torácica, abdominal ni en el esqueleto regional./ Asimismo, realizada una analítica de control el 8 de abril de 2024 en el (Hospital "X") la hemoglobina era normal de 15,3 y la creatinina era de 1,23 mg/dL, dentro igualmente de valores normales".

Señalan que "el 5 de mayo de 2024, (el paciente) presentó un síncope por lo que a las 12:59 horas fue trasladado en ambulancia desde la residencia de la tercera edad en la que vivía al Hospital "Y", en cuyas urgencias ingreso a las 13:28 (...), Dicho síncope duró 15 minutos con posterior disartria o disfasia motora, presentando asimismo dolor abdominal./ En una analítica urgente de las 16:45 (...) presentaba anemia intensa con hemoglobina de 7 g/dL y volumen corpuscular medio de 85 e insuficiencia renal con elevación de la creatinina sérica a 2,13 mg/dL y 17 ml/min de filtrado glomerular. La transferrina era de 126, ferritina de 229 con niveles normales de fólico, vitamina D y reticulocitos, siendo negativo el urocultivo. Se realizó una radiografía de tórax urgente sin que se observaran signos de insuficiencia cardíaca ni condensación neumónica./ Según las notas de enfermería, a las 14:20 sufrió una caída desde la cama al levantarse.

Que en la evolución médica se anotó que estando en Urgencias 'se cae de la cama sin asociar traumatismo craneoencefálico ni lesiones o deficiencias neurológicas'./ A las 18:25 horas (...) fue valorado por la guardia de Medicina Interna, que anotó en la historia clínica que el paciente, durante su estancia en Urgencias, estaba eupneico, con momentos de tendencia al sueño y sin referir dolor, objetivándose anemia y sin otros hallazgos significativos. Se decidió un tratamiento sintomático y hierro oral sin realizar más estudios./ A las 19:40 horas, estando el paciente afebril, se le administró el antibiótico ciprofloxacino intravenoso, se inició una transfusión de un primer concentrado de hematíes y a las 21:30 se inició la transfusión del segundo concentrado, finalizando a las 22:59 horas, recibiendo el alta hospitalaria, pautándose al alta antihistamínicos, por presentar múltiples lesiones de rascado. (El paciente) llegó a la residencia en la que estaba ingresado a las 1:10 (hora) del 6 de mayo de 2024".

Refieren que "nada más llegar a la residencia, (...) presentó otro síncope derivándose de nuevo a Urgencias del Hospital "Y" donde ingresó a la 1:43 del 6 de mayo de 2024./ Según anotación de las 01:57 del 6 de mayo 'se ponen contenciones porque el paciente regresa desde su residencia por síncope, estando somnoliento y con hipotensión arterial'./ En analítica del 6 de mayo a las 2:15 horas (...), la hemoglobina era de 6,8 g/dL, las plaquetas eran normales de 229.000 y presentaba insuficiencia renal con un filtrado glomerular de 23 ml/min, creatinina de 2,62 mg/dL y urea 229 mg/dL, así como hiperpotasemia (7 mmol/L)./ A las 5:50 (horas), el paciente presentaba respiración agónica con pausas de apnea, falleciendo a las 6:30 del 6 de mayo de 2024, siendo los diagnósticos principales insuficiencia renal aguda, anemia normocítica, infección de orina, retención urinaria y se mantuvieron los previos. (...) en el certificado de defunción se anotó como causa inicial del fallecimiento 'adenocarcinoma de pulmón' (a pesar de que, como hemos visto, la enfermedad oncológica estaba estabilizada) y, como causas intermedias, insuficiencia renal aguda y anemia".

Sostienen que "como se desprende de la documentación clínica aportada, (el paciente) falleció por causa de una insuficiencia renal aguda que no fue

tratada por los profesionales médicos del Hospital “Y”./ Para el tratamiento de la insuficiencia renal aguda están indicadas, entre otras medidas, el registro y monitorización de la diuresis y de la tensión arterial además de disponer de los valores en sangre de sodio y potasio, así como la administración de sueros intravenosos. En el caso de (este paciente) dichas medidas no se adoptaron durante su ingreso en el Hospital “Y” con franca vulneración de la buena praxis médica, no recibiendo (...) el tratamiento específico de la insuficiencia renal aguda que presentaba ni tampoco para la hiperpotasemia, por lo que la insuficiencia renal se agravó causándole el fallecimiento”.

Para la hija del fallecido se cuantifica la indemnización reclamada en veinticuatro mil setecientos nueve euros con setenta y dos céntimos (24.709,72 €) más “los intereses legales desde la fecha de la (...) reclamación”.

Adjuntan a su escrito, entre otros documentos, copias de diferentes informes médicos relativos al proceso de referencia y del certificado médico de defunción.

2. Figura en el expediente un acuerdo, fechado a 6 de mayo de 2025, de la Jefatura de Sección de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas en el que se procede a decidir sobre la tramitación que habrá de seguir el procedimiento.

Expone que “con fecha 6 de mayo de 2025 ha tenido entrada en este Servicio una reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por (la viuda del paciente fallecido). Solicita una indemnización de 155.024,84 € por el fallecimiento de su esposo (...). Este expediente se instruirá bajo el n.º/ Con fecha 6 de mayo de 2025 ha tenido entrada en este Servicio una reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por (la hija del paciente fallecido). Solicita una indemnización de 24.709,72 € por el fallecimiento de su padre (...). Este expediente se instruirá bajo el n.º”. Finalmente, añade que también “con fecha 6 de mayo de 2025 ha tenido entrada en este Servicio una reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por (el hijo del paciente fallecido). Solicita

una indemnización de 170.532,02 € por el fallecimiento de su padre (...). Este expediente se instruirá bajo el n.º

Resuelve “proceder a la acumulación de los expedientes”.

Consta, a tenor de la documentación remitida, que dicha medida fue notificada a la hija del fallecido (primera de los reclamantes, atendiendo al orden seguido por el escrito inicial de reclamación).

3. Mediante oficio de la Jefatura de Sección de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas, fechado a 14 de mayo de 2025, se pone en conocimiento de la hija del fallecido la fecha de recepción de su reclamación, las normas con arreglo a las cuales se tramitará el procedimiento, la designación de instructor y su régimen de recusación, y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

4. Como respuesta a la solicitud formulada por el Instructor del procedimiento, el día 30 de mayo de 2025 la Gerencia del Área Sanitaria le remite la historia clínica del paciente, así como los informes del Servicio de Medicina Interna y del Servicio de Urgencias del Hospital “Y”.

El informe del Servicio de Medicina Interna, fechado a 23 de mayo de 2025, señala que “el paciente (...) fue valorado tras petición de Urgencias el día 05-05-24, siendo el motivo de consulta solicitado anemia./ Revisada historia clínica de Oncología-(Hospital “X”), donde realizaba seguimiento por adenocarcinoma de pulmón estadio IV-B (...), en el último informe (febrero 2024) consta: ‘En estas condiciones, y aunque permanece en seguimiento evolutivo periódico, se trata de un paciente que no tendría opciones de tratamiento activo en caso de progresión tumoral, por lo que se debe primar una atención dirigida al confort sintomático y asegurar su calidad de vida en un ambiente adaptado a su particulares condiciones físicas y cognitivas’./ Asimismo, en un informe posterior de Urgencias-(Hospital “X”) (08-04-2024), se diagnostica de deterioro cognitivo con alteración conductual (ajustado tratamiento por Salud Mental)./ Por tanto, y

tras valorar al paciente, eupneico, sin referir dolor abdominal y estable hemodinámicamente, con una cifra de hemoglobina de 8,0 g/dL, se informa a su familia decidiéndose iniciar tratamiento con hierro oral y forzar ingesta hídrica, dado que el paciente presentaba colaboración para la ingesta, estando la familia de acuerdo con la actitud a seguir”.

El informe del Servicio de Urgencias, fechado a 30 de mayo de 2025 señala que “el paciente (...) acude (...) el día 5 de mayo a las 13:32 horas./ Tiene como antecedentes personales entre otros hipertensión, dislipemia, bebedor severo hasta el año 2018 constando secuelas de ataxia y polineuropatía, SAHOS y adenocarcinoma de pulmón estadio IV-B (...). Asimismo, en un informe posterior de Urgencias-(Hospital “X”) (08-04-2024), consta una analítica con Hb 15 gr/dL y es valorado en ese momento por trabajadora social y Salud Mental siendo dado de alta con diagnóstico de ‘deterioro cognitivo con alteración conductual + problema social reciente’ por lo que se institucionaliza y se remite en ambulancia a nuevo domicilio en residencia (...). Cuando el paciente es atendido en Urgencias del Hospital “Y” se solicita información para la anamnesis a la residencia, pues el paciente por situación basal no puede colaborar en la realización de su historia clínica. Presenta anemia normocítica (Hb 7 gr/dL, comparada con la Hb 15 gr/dL que tenía el mes anterior) y tensión arterial baja, que en el contexto del paciente hacen sospechar que su deterioro general está avanzando en el último mes. Se constata el deterioro cognitivo y físico informado en alta del (Hospital “X”), reconocido por su familia y por el personal de cuidados de la residencia./ Por tanto, tras realizar la anamnesis y exploración del paciente se solicita valoración por Medicina Interna que dados los antecedentes y la evolución rápidamente progresiva del deterioro general en el último mes y, de acuerdo con la nota de Oncología del (Hospital “X”), se decide de forma consensuada con la familia realizar tratamiento de confort, con limitación del esfuerzo terapéutico. En todo momento se informa y se comenta con sus familiares la actitud a tomar./ El paciente se va de alta a la residencia a las 00:10 horas con recomendación de ingesta oral de líquidos (conservaba posibilidad de

ingesta por vía oral), dada la función renal objetivada./ Se decidió no administración de líquidos intravenosos en el contexto de manejo con limitación de esfuerzo terapéutico consensuado con sus familiares, además de la imagen de cardiomegalia en la radiografía de tórax y tras haber administrado 2 bolsas de concentrado de hematíes (1000 cc de volumen) que se finalizó a las 23:00 horas./ El paciente llega a la residencia y lo envían en la misma ambulancia por nuevo episodio sincopal. Se mantiene la línea de tratamiento planteada y consensuada entre el Servicio de Urgencias, Medicina Interna y los familiares anteriormente informados, primando medidas de confort y estando el paciente tranquilo en todo momento hasta que fue exitus. A lo largo del segundo ingreso en Urgencias no es posible contactar con los familiares hasta el día siguiente, en el que hablo con su mujer, le informo de la situación sin tener ninguna incidencia durante la conversación, aceptando en todo momento la situación basal del paciente y la actitud terapéutica llevada a cabo”.

5. Previa solicitud formulada por el Instructor, el día 30 de junio de 2025 la Gerencia del Área Sanitaria le remite la historia clínica del paciente en el Hospital “X”.

6. A continuación obra incorporado al expediente una pericial librada el 5 de enero de 2026 a instancias de compañía aseguradora de la Administración por un especialista en Oncología Médica.

Tras un pormenorizado y documentado (con respaldo de abundante bibliografía científica sobre la materia) análisis de la historia clínica y del proceso asistencial, el facultativo señala que “el tratamiento en la enfermedad metastásica del carcinoma no microcítico de pulmón es tratamiento basado en quimioterapia e inmunoterapia con intención paliativa, prolongar la supervivencia y mejorar la calidad de vida (...). (El paciente) inicia tratamiento de quimioterapia e inmunoterapia (...) el día 4 de abril de 2019, completando el tratamiento previsto tras 32 ciclos de tratamiento y en respuesta completa radiológica,

finalizando (...) el día 23 de marzo de 2021 (...). La supervivencia mediana de los pacientes incluidos en el ensayo clínico es de 18,1 meses desde la inclusión en el ensayo clínico (...). En la consulta del 15 de febrero de 2024, se describe que, a pesar de no presentar evidencia radiológica de progresión de la enfermedad, el paciente presenta un deterioro franco de su estado funcional, con mayor dependencia para las actividades básicas de la vida diaria, mayor frecuencia de caídas y trastornos cutáneos, así como cambios en su estado de ánimo y memoria que podrían asociarse a un deterioro cognitivo incipiente. En dicho informe se comenta que el paciente no tendría opciones de un tratamiento activo en el caso de progresión tumoral y que se debería primar su confort sintomático (...). Sin posibilidad de tratamiento activo frente a la enfermedad neoplásica en caso de ser preciso y con cuadro de comorbilidades (...) puede ser considerado en ese momento, como paciente terminal, sin indicación de medidas de soporte extraordinarias (...). El 5 de mayo del 2024 es valorado en el Hospital "Y" por dolor abdominal presentando deterioro cognitivo avanzado, episodio de pérdida de conciencia de unos 15 minutos, con disartria y adormecimiento posterior. Analíticamente presenta filtrado glomerular de 29 junto con cifras de creatinina de 2,13 mg/dL (20 de marzo de 2024: 1,67 mg/dL y el 8 de abril de 2024: 1,23 mg/dL. No hay datos del filtrado glomerular en ese momento). El electrocardiograma describe un bloqueo de rama izquierda del haz de His. Valorado por el equipo de Medicina Interna, informada la familia se decide tratamiento sintomático para mantener el confort del paciente (...). La situación del paciente, a la vista del informe médico de Urgencias, es de descompensación, siendo la insuficiencia renal un signo de esa descompensación motivada por los antecedentes y comorbilidades presentes en el paciente (...). El manejo de la fluidoterapia en esa situación es importante, dado que puede empeorar de forma marcada el confort del paciente, que es lo que prima en ese momento. (...) fue trasfundido para mejorar su función respiratoria y la hidratación (...). Junto a estas medidas, se recomienda al alta, la ingesta oral de líquidos dado que (...) conservaba la posibilidad de ingesta por vía oral (...). No había indicación de

medidas de soporte extraordinarias (...). Tras el alta, en la residencia donde se encuentra viviendo, el paciente sufre un nuevo síncope y cuadro de hipotensión, por lo que nuevamente es remitido al Hospital de "Y" y se plantea limitación de esfuerzo terapéutico y medidas de confort, tal como se había comentado en el ingreso anterior, falleciendo el día 6 de mayo de 2024 (...). Lo indicado clínicamente durante los días 5 y 6 de mayo, y, dada la situación (...) es proveer confort al paciente tal como se había hablado con la familia. Las acciones realizadas en el Hospital "Y" fueron las necesarias para proveer de confort al paciente (...). Ante un paciente con enfermedad oncológica terminal, deterioro cognitivo avanzado y comorbilidad severa, el equipo de Medicina Interna y Urgencias, actuando conforme a la *lex artis*, determinó que el paciente no era candidato a medidas invasivas o de soporte vital avanzado (como diálisis o ingreso en UCI), ya que estas constituirían un ensañamiento terapéutico sin posibilidad de revertir la causa de base ni mejorar el pronóstico vital (...). La decisión de no escalar terapias agresivas (como diálisis urgente o monitorización invasiva) fue clínicamente impecable. El paciente se encontraba en una situación de enfermedad terminal (Estadio IV-B de cáncer de pulmón) con una supervivencia global en este estadio inferior al 10 % a los 5 años, agravada por un deterioro cognitivo y funcional irreversible. Iniciar tratamientos agresivos para corregir parámetros analíticos en un paciente agónico habría violado el principio de no maleficencia, provocando sufrimiento innecesario sin alterar el desenlace fatal inminente./ Consta en la historia clínica que la familia fue informada de la gravedad de la situación, del mal pronóstico y de la decisión de primar el confort, mostrándose conformes con la actitud a seguir tanto en el episodio de febrero como en la asistencia de mayo (...). En relación con la supuesta pérdida de oportunidad terapéutica o la minoración de la supervivencia esperada, es fundamental establecer que la actuación de los facultativos del Sespa no modificó el curso natural e irreversible de la enfermedad de base (...). El paciente estaba diagnosticado de un carcinoma no microcítico de pulmón en estadio IV-B (metastásico), una patología con una tasa de supervivencia a los 5 años inferior

al 9 %. A pesar de este pronóstico infausto (...) superó ampliamente la supervivencia mediana descrita en la literatura (18,1 meses en el ensayo KEYNOTE-782), sobreviviendo más de cinco años desde el diagnóstico, lo que demuestra la eficacia del manejo oncológico previo. Sin embargo, meses antes del desenlace, en febrero de 2024, los especialistas en Oncología ya habían dictaminado que, debido a su franco deterioro funcional y cognitivo, el paciente carecía de opciones de tratamiento activo oncológico en caso de progresión, debiéndose primar exclusivamente el confort sintomático (...). Por tanto, cuando el paciente acudió a Urgencias en mayo de 2024 se encontraba ya en una situación de enfermedad terminal con una descompensación multiorgánica (incluyendo insuficiencia renal) que no era susceptible de reversión mediante medidas agresivas sin incurrir en obstinación terapéutica (...). No existió pérdida de oportunidad porque, clínicamente, no existía ya ninguna oportunidad real de curación ni de prolongación significativa de la vida con calidad; la aplicación de tratamientos invasivos (como diálisis o soporte avanzado) no habría evitado el fallecimiento, que era consecuencia ineludible de su patología de fondo y comorbilidades, sino que únicamente habría añadido sufrimiento innecesario en sus últimos momentos. La actuación médica, al centrarse en el confort y limitar el esfuerzo terapéutico, se ajustó a la *lex artis* y respetó la dignidad del paciente, sin que ninguna otra actuación médica hipotética hubiera podido modificar el desenlace fatal”.

7. Fechado a 20 de enero de 2026, se incorpora al expediente un segundo dictamen pericial, también promovido por la compañía aseguradora de la Administración y suscrita por una especialista en Medicina Interna.

Señala que se trataba de un “paciente pluripatológico, destacando entre sus enfermedades crónicas un adenocarcinoma de pulmón metastásico en situación clínica de no progresión y un deterioro neurológico rápidamente progresivo (...). Desde febrero (de) 2024 se describe deterioro progresivo de la situación funcional y cognitiva (...) decidiéndose priorizar las medidas de confort

en su tratamiento (...). Se informa a la familia de forma pormenorizada, según consta en la documentación aportada, en las varias ocasiones en que precisa asistencia médica (...). Por este motivo precisa de ingreso en residencia para cubrir sus necesidades básicas de la vida diaria (...). El 5-5-2024 es valorado en Urgencias tras presentar un episodio de desvanecimiento, objetivándose anemia y deterioro de función renal (...). Se hace valoración completa sin abandono ninguno del paciente, con control de constantes, diuresis, analítica y radiología (...). De acuerdo con la familia, tras información detallada, se decide trasfundir como única medida terapéutica dada la situación basal del paciente (...). Tras completar la transfusión, se decide alta a residencia (...). El paciente es remitido de nuevo de forma casi inmediata por nuevo episodio de desvanecimiento (...). Se realiza nueva valoración completa: historia, exploración, analítica. No existe abandono del paciente (...). En la nueva valoración realizada se demuestra empeoramiento clínico y analítico a pesar de la transfusión previa (...). Acorde a la *lex artis*, con enfermedad terminal y mal pronóstico a corto plazo, se adecúa el esfuerzo terapéutico priorizando las medidas de confort. No realizar tratamiento específico no es abandono del deber de cuidado, sino una decisión razonada acorde a las necesidades del paciente en este momento concreto (...). Se había realizado planificación anticipada de la priorización de las medidas de confort de forma acorde a la *lex artis*, y se aplica”.

8. Mediante oficio fechado a 3 de febrero de 2026, el Instructor comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntando una copia, en formato electrónico, de los documentos obrantes en el expediente.

A tenor de la información que figura en el expediente no hay comparecencia en este trámite.

9. Con fecha 24 de abril de 2026, el Instructor del procedimiento formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella concluye que “la asistencia fue correcta y adecuada a la *lex artis*. El paciente carecía de

opciones ante la progresión tumoral (carcinoma pulmonar en estadio IV-B). Además, presentaba un deterioro cognitivo avanzado y comorbilidad severa. Cuando acude al Servicio de Urgencias del (Hospital “Y”) en mayo de 2024 (...) se encontraba en situación terminal, con fallo multiorgánico que incluye también insuficiencia renal y sin opciones de un tratamiento agresivo”, que “la actitud terapéutica fue consensuada en todo momento con la familia, ya que consta en la historia que se habla con la familia para consensuar un tratamiento no agresivo, dado el deterioro de la calidad de vida del paciente” y que “el paciente no fallece por la insuficiencia renal, que fue tratada de forma adecuada, sino por el cáncer que había superado ampliamente la expectativa vital dado el grado de diseminación que presentaba”.

10. En este estado de tramitación, mediante escrito de 7 de mayo de 2026, 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 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), la reclamante se halla activamente legitimada, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que motivaron la reclamación.

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 Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante 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 aquí examinado, la reclamación se presenta con fecha 5 de mayo de 2025 y el fallecimiento del paciente tiene lugar el día 6 de mayo de 2024. Así las cosas, cabe concluir que la acción resarcitoria resulta tempestiva, al haberse interpuesto la reclamación 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 del servicio afectado, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución; no obstante, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había

rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 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.

En otro orden de cosas, a tenor de los datos que figuran en el expediente, el día 6 de mayo de 2025, la Jefatura de Sección de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas decide tramitar la reclamación de la viuda del paciente fallecido en el expediente n.º, la de la hija en el n.º y la correspondiente al hijo en el n.º, procediendo, en el mismo acto, a acordar la acumulación de los expedientes. Resultando preceptivo el dictamen del Consejo Consultivo -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), de su Reglamento de Organización y Funcionamiento-, los referidos expedientes se remiten a este Consejo, siendo registrados de entrada con los números 141/2026, 153/2026 y 152/2026, respectivamente, y a los que también debemos referirnos por las razones que ahora se evidenciarán.

El artículo 66.2 de la LPAC establece que “Cuando las pretensiones correspondientes a una pluralidad de personas tengan un contenido y fundamento idéntico o sustancialmente similar, podrán ser formuladas en una única solicitud, salvo que las normas reguladoras de los procedimientos específicos dispongan otra cosa”.

A la vista de los escritos de reclamación que figuran en los citados expedientes, entendemos que los interesados habrían optado por presentar una única solicitud -admisible, por cuanto las respectivas pretensiones gozan de fundamento y contenido, sino idénticos, sí sustancialmente similares- que firman los tres sujetos legitimados. Y ello se deduciría de la notoria coincidencia que presentan las firmas no sólo en su grafía, sino también en su ubicación a pie de firma. Se trata, pues, del original y de dos copias.

Así las cosas, no nos hallaríamos ante el registro de tres solicitudes individuales, sino frente a una misma solicitud colectiva registrada tres veces: la

correspondiente al original y las de las dos copias. Ahora bien, el número de registro que figura en las reclamaciones que dan lugar a los expedientes y es exactamente el mismo (REGAGE25e00037509505) y en ambos figura -en la anotación registral- como interesada la hija del fallecido; por el contrario, en la reclamación que da lugar al expediente el número de registro es diferente y figura como interesado el hijo del finado. En coherencia con lo anterior, los justificantes del registro de entrada en el órgano competente para resolver, en dos solicitudes figura como interesada la hija y en la otra el hijo, sin que aparezca registralmente referencia alguna a la viuda. En tal tesitura, la Administración procede a incoar tres expedientes (uno por cada reclamante que firma el escrito) y a acumular los procedimientos, decisión no exenta de lógica (*ex* artículo 21.1 de la LPAC, la Administración se halla obligada a dictar resolución expresa en todos los procedimientos) y en un intento de superar la confusión que genera el registro múltiple efectuado por los reclamantes, si bien también podría haberse dirigido a estos para sugerir el mantenimiento de la primera reclamación (que suscriben, no se olvide, todos los interesados, aunque uno sea por representación) y el desistimiento de las otras dos solicitudes, *ex* artículo 94.1 de la LPAC.

Llegados a este punto, procede recordar que este Consejo viene señalando que el acuerdo de acumulación de dos o más reclamaciones de responsabilidad patrimonial, al amparo de lo establecido en el artículo 57 de la LPAC, “tiene como solo efecto que aquellas sean examinadas en un único procedimiento y también resueltas en un único acto administrativo” (por todos, Dictamen Núm. 136/2025), aunque con la limitación, a los efectos del oportuno pronunciamiento preceptivo, de que dicha acumulación en un solo procedimiento nunca no puede suponer la alteración de las reglas de delimitan su competencia por razón de la cuantía. Teniendo en cuenta todo ello, la acumulación de procedimientos conlleva que se habrá de tramitar uno sólo y, por ende, residenciar lo actuado en un único expediente. Y es por ello que no podemos compartir la postura de una Administración que acuerda acumular tres procedimientos para luego dar trámite

a tres expedientes que, una vez instruidos, se remiten separadamente a este órgano consultivo para evacuar el dictamen preceptivo.

Sea como fuere, dadas las particulares circunstancias que rodean al asunto y para evitar innecesarias dilaciones, entendemos que lo procedente aquí es resolver cada uno de los expedientes por separado, haciendo en cada caso referencia a su conexión con los otros y sin dejar de advertir sobre la necesidad de otorgar a la acumulación de procedimientos los efectos que corresponden.

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.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que la interesada reclama una indemnización por los daños derivados del fallecimiento de su familiar, que vinculan a la eventual falta de tratamiento de una insuficiencia renal.

El óbito del paciente pone de manifiesto la efectividad de un daño, puesto que este Consejo viene sosteniendo que, acreditado el fallecimiento de una persona, cabe presumir el daño moral que ello supone para, en este caso, sus hijos o cónyuge (en este sentido y entre otros, Dictámenes Núm. 150/2013, 29/2014 y 94/2014). No obstante, hemos de reparar en que, 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, necesariamente, la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si aquel se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que los interesados no tuvieran el deber jurídico de soportarlo.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 182/2019), 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, automáticamente, a la Administración sanitaria cualquier daño que eventualmente pueda sufrir el paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico, reiteradamente utilizado, para efectuar este juicio imprescindible -tanto por la doctrina como por la jurisprudencia-, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados concretos.

Por tanto, para poder apreciar que el daño alegado 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.

Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensado a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles, de acuerdo con los conocimientos científicos del momento. El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que un defectuoso diagnóstico ni un error médico sean, por sí mismos, causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes.

También ha subrayado este Consejo (por todos, 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, *per se*, un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). Fuera de esos 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.

En el asunto sometido a nuestra consideración, la reclamación esencialmente mantiene que el paciente “falleció por causa de una insuficiencia renal aguda que no fue tratada por los profesionales médicos del Hospital “Y””.

Vista la posición de quien reclama, cabe descender al fondo del asunto a la luz de la restante información obrante en el expediente, no sin antes advertir que, pese a corresponder a quien reclama la prueba de sus alegaciones, los reclamantes no presentan opinión experta alguna que respalde sus afirmaciones acerca de las decisiones médicas adoptadas y el tratamiento implementado, por lo que aquellas únicamente hallan apoyatura en su particular opinión sobre los hechos.

La propuesta de resolución presentada el Instructor mantiene, frente a lo alegado por los interesados, que “el paciente no fallece por la insuficiencia renal, que fue tratada de forma adecuada, sino por el cáncer” que padecía, recordando previamente que no existían opciones terapéuticas ante la progresión del carcinoma pulmonar en estadio IV-B que le fue diagnosticado y manifestando que cuando “acude al Servicio de Urgencias del (Hospital “Y”) en mayo de 2024 (...) se encontraba en situación terminal, con fallo multiorgánico que incluye también insuficiencia renal y sin opciones de un tratamiento agresivo”. Por otra parte, indica que “la actitud terapéutica fue consensuada en todo momento con la familia, ya que consta en la historia que se habla con la familia para consensuar un tratamiento no agresivo, dado el deterioro de la calidad de vida del paciente”.

Pues bien, en primer lugar, tanto el informe del Servicio de Medicina Interna como el del Servicio de Urgencias del Hospital “Y” coinciden en subrayar que el paciente estaba diagnosticado de adenocarcinoma de pulmón estadio IV-B. Al respecto de esta dolencia, la pericial elaborada por el especialista en Oncología Médica -promovida por la compañía aseguradora de la Administración- señala que “en la consulta del 15 de febrero de 2024 se describe que, a pesar de no presentar evidencia radiológica de progresión de la enfermedad, el paciente presenta un deterioro franco de su estado funcional” y que “no tendría opciones de un tratamiento activo en el caso de progresión tumoral y que se debería primar su confort sintomático”; en este sentido, dicha pericial señala que “sin posibilidad de tratamiento activo frente a la enfermedad neoplásica en caso de ser preciso y con cuadro de comorbilidades, el paciente puede ser considerado en ese momento, como paciente terminal, sin indicación de medidas de soporte extraordinarias”, que “la decisión de no escalar terapias agresivas (como diálisis urgente o monitorización invasiva) fue clínicamente impecable” y que “la familia fue informada de la gravedad de la situación, del mal pronóstico y de la decisión de primar el confort, mostrándose conformes con la actitud a seguir”.

El informe del Servicio de Urgencias resulta significativo al respecto de la insuficiencia renal y su tratamiento, señalando -una vez advertido previamente que “tras realizar la anamnesis y exploración del paciente se solicita valoración por medicina interna que dados los antecedentes y la evolución rápidamente progresiva del deterioro general en el último mes y, de acuerdo con la nota de Oncología del (Hospital “X”), se decide de forma consensuada con la familia realizar tratamiento de confort, con limitación del esfuerzo terapéutico”- que “el paciente se va de alta a la residencia a las 00:10 horas con recomendación de ingesta oral de líquidos (conservaba posibilidad de ingesta por vía oral), dada la función renal objetivada” y que “se decidió (la) no administración de líquidos intravenosos en el contexto de manejo con limitación de esfuerzo terapéutico consensuado con sus familiares”.

Así las cosas, no podemos dejar de convenir con la propuesta de resolución acerca de que el paciente no fallece por una falta de tratamiento o el tratamiento inadecuado de una insuficiencia renal -tratamiento que sí se produjo y fue adecuado a unas circunstancias que incluían la consensuada contención en el esfuerzo terapéutico para evitar sufrimientos innecesarios al paciente-, sino por el fallo multiorgánico (que incluye, por supuesto, la insuficiencia renal) asociado al adenocarcinoma de pulmón (estadio IV-B) que le había sido diagnosticado.

En segundo y último lugar, por lo que atañe a que la veracidad de que la actitud terapéutica fue objeto de comunicación a la familia para -dado el deterioro de la calidad de vida del paciente- consensuar un tratamiento no agresivo, es notorio que se haya respaldada por la documentación clínica remitida, tal es el caso de las anotaciones que obran en el archivo “notas de progreso” contenido en el CD incorporado al folio 63 del expediente. Ahora bien, en el hipotético caso de que dichas aseveraciones no se correspondiesen con la realidad, la fase de audiencia se presentaba como el momento más oportuno para refutarlas o, al menos, haber efectuado alguna puntualización al respecto; sin embargo, los reclamantes deciden no comparecer en dicho trámite, con lo que el argumentario vertido por la Administración no se encuentra contradicho a lo largo del expediente.

A la vista de lo hasta aquí expuesto, cabe concluir que en el asunto que ahora examinamos no ha quedado acreditado ni que la actuación médica vulnerase la *lex artis* ni que hubiese concurrido pérdida de oportunidad alguna para el paciente, por lo que la pretensión resarcitoria no debería 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 la fecha de la última firma electrónica

V.º B.º

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.-