

Dictamen n<sup>o</sup>: **542/11**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **05.10.11**

**DICTAMEN** de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, emitido por unanimidad, en su sesión de 5 de octubre de 2011, sobre consulta formulada por el Consejero de Sanidad, al amparo del artículo 13.1.f).1<sup>o</sup> de su Ley Reguladora, 6/2007, de 21 de diciembre, respecto de reclamación de indemnización por responsabilidad patrimonial presentada por M.E.O.D., por el fallecimiento de su esposa, D.M., por la, a su juicio, deficiente asistencia sanitaria prestada por los Hospitales Gregorio Marañón y Fuenlabrada.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Por el Consejero de Sanidad, mediante escrito de 1 de septiembre de 2011, con registro de entrada en este órgano el día 7 del mismo mes, se formula preceptiva consulta a este Consejo Consultivo por trámite ordinario, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la Sección IV, presidida por la Excm. Sra. Dña. Cristina Alberdi Alonso, que firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberado y aprobado, por unanimidad, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo, en su sesión de 5 de octubre de 2011.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo es acompañado de documentación que, adecuadamente numerada y foliada en soporte CD, se considera suficiente.

**SEGUNDO.-** Por escrito presentado en la Oficina de Registro de la Vicepresidencia, Consejería de Cultura y Deporte y Portavocía del Gobierno el 25 de septiembre de 2009, se formula por los representantes del reclamante, solicitud de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos por el interesado por el fallecimiento de su esposa, causado, a su juicio, por la deficiente asistencia sanitaria prestada por el Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario Gregorio Marañón y el Servicio de Urgencias del Hospital de Fuenlabrada. El reclamante considera que hubo un retraso en el diagnóstico del virus de la gripe AH<sub>1</sub>N<sub>1</sub>, porque, a pesar de haber acudido en cuatro ocasiones a Urgencias los días 11, 13 y 15 de junio y quedar ingresada en la UCI del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, no se conoció hasta el mismo día de su fallecimiento, 30 de junio de 2009, el resultado positivo de la PCR (prueba de reacción en cadena de la polimerasa), privándole del tratamiento específico y oportuno que hubiera evitado las complicaciones que culminaron con el fallecimiento de la paciente. Además, afirma que el informe de alta por *exitus* señala que la neumonía bacteriana que padecía la paciente fue adquirida en la comunidad, esto es, en el hospital.

El reclamante cuantifica el importe de su reclamación en 86.000 euros (6.000 euros por daño económico y 80.000 por daño moral) y aporta con su informe escrito, escritura de poder general para pleitos en la que el reclamante otorga su representación a A.C.V. y M.A.R. y copia de los informes emitidos por el Hospital General Universitario Gregorio Marañón y el Hospital de Fuenlabrada (folios 9 a 32).

Con fecha 5 de octubre de 2009, la Administración requiere al representante del reclamante para que acredite la legitimación con que actúa para interponer la reclamación (folio 34).

El día 28 de octubre el interesado presenta escrito en el que señala como domicilio a efecto de notificaciones el de la calle A, aaa bbb izquierda,

solicita que las notificaciones se le realicen a él y rectifica el error material observado en la valoración del daño moral que se cuantifica en 180.000 euros y no 80.000 euros, como se había manifestado en la solicitud de responsabilidad patrimonial. Señala, finalmente, un número de teléfono de contacto (folio 43).

El día 3 de noviembre de 2009, el interesado presenta escrito firmado por él, no por su representante, con el que adjunta fotocopia del Libro de Familia que demuestra la relación de parentesco que le unía con la fallecida y solicita: *“por favor, cualquier asunto relacionado pueden ponerse en contacto en el teléfono...”* y aparecen escritos dos números de teléfono (el primero de ellos es el que ya figuraba en la solicitud presentada el 28 de octubre). En este escrito aparece tachado el domicilio de M.E.O.D., de la calle A, aaa bbb izquierda (folios 35 a 39).

**TERCERO.-** Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del expediente, conforme a lo previsto en el R.D. 429/1993, de 26 de marzo. Del expediente resultan los siguientes hechos:

El día 11 de junio de 2009 a las 0:22 horas D.M., de 19 años, acudió al Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario Gregorio Marañón por presentar, según se anotó inicialmente, dolor en miembro inferior derecho, cefalea y escalofríos. Estaba embarazada de 6 meses (primigesta) TA: 102/58 Pulso: 121. Tº: 38’2.

En el Informe de URGENCIAS se consignó como motivo de consulta (MC): Mujer de 19 años que acude por cuadro de 24 h de evolución de cefalea, síntomas catarrales.

Y como EA: Gestación de 5 meses 25 días. Desde ayer presenta tos con expectoración blanquecina. Odinofagia. Sensación febril. Disuria. Cefalea desde ayer, holocraneal. No disnea. No diarrea. Cansancio. Malestar

general. Dolor ciático en MID. Lumbalgia. No otra sintomatología de interés.

A la exploración, entre otros (según se registró), estaba consciente y orientada, eupneica, con normal coloración e hidratación de piel y mucosas. Faringe hiperémica. AP: MVC (murmullo vesicular conservado), sin ruidos sobreañadidos. AC rítmica, taquicárdica, sin soplos. Lumbociática mecánica dcha. PPR (Puño percusión renal) bilateral (-) No signos meníngeos.

Se solicitó analítica de sangre (incluyendo Gasometría venosa) y de orina. Y se pautó fluidoterapia y analgesia.

Se anotaron resultados analíticos en el Informe de URGENCIAS (entre ellos, Gasometría Venosa pH 7'43, pCO<sub>2</sub> 38, pO<sub>2</sub> 43, Bic 25,... sedimento orina: negativo).

La paciente fue dada de alta a las 3:00 horas del día 11 de junio de 2009, con el juicio clínico de "*Infección de vías respiratorias altas*". Se pautó como tratamiento beber abundantes líquidos + Amoxicilina 500 mg/8 h durante 7 d + Paracetamol 650 mg/8 h si dolor o fiebre. Y se indicó acudir a control por su MAP y Obstetra, y volver a URGENCIAS si empeoramiento o nueva sintomatología.

El 13 de junio de 2009 a las 20:25 horas la paciente acudió a Servicio de Urgencias de Ginecología-Obstetricia del Hospital de Fuenlabrada.

El ginecólogo consignó (en la "*Nota de Evolución*") que era una Gestante de 27+1 sem (FUR: 06-12-08) que acudía por fiebre de 39'5° y dolor lumbar irradiado a ambos miembros inferiores (MM II) hasta los pies. Se registró que la comunicación era dificultosa, y venía acompañada por un familiar que hablaba castellano.

También se registró que había sido valorada en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón por el mismo motivo hacía 2 días. Se diagnosticó de infección de vías respiratorias altas y se le pautó Amoxicilina 500 mg. La paciente refería haber comenzado el tratamiento antibiótico pautado el día 11 de junio, la noche anterior (3 dosis aprox.).

En la historia de gráficas de enfermería se consignó (entre otros) Temperatura: 39'5° (20:36 h), Sat. O<sub>2</sub> basal: 96% (20:57 h), TA: 118/57 y Frec. Card.: 109 (21:01 h).

Se realizó Exploración, RCTG, ECO (gestación única, MF positivos,...), analítica de sangre y orina (incluyendo urocultivo). Se pautó sueroterapia y Paracetamol, apreciando 1 h después (según se anotó) T°: 38°, no cese de dolor.

Tras evaluación de resultados analíticos, se consignó que se descartaba patología obstétrica que justificara el cuadro y se solicitaba valoración en Urgencias Generales.

La enferma fue evaluada en Urgencias de Medicina Interna a las 23:36 horas. En la historia se consignó como motivo de consulta que había sido derivada de Ginecología para valoración de lumbalgia y fiebre en relación a infección respiratoria. Se registró entre los antecedentes previos: no alergias conocidas.

Como enfermedad actual (EA) se anotó que era una gestante de 27 sem. que refería presentar desde hacía 4 días dolor lumbar que había aumentado de intensidad en los últimos 2 días, con irradiación a ambas piernas, tos con expectoración amarillenta desde hacía 4-5 días, fiebre termometrada hasta 39'5°, no náuseas, no vómitos, no síndrome miccional, no alteración de ritmo intestinal, no disnea, no dolor torácico, no pérdida de conocimiento ni otra sintomatología referida.

A la exploración se apreció (según se consignó), entre otros, orofaringe hiperémica, auscultación pulmonar (AP): murmullo vesicular conservado (MVC), no ruidos agregados, auscultación cardíaca (AC): rítmica, no soplos. Abdomen: no dolor a la palpación, no signos de irritación peritoneal. Extremidades inferiores: dolor a la palpación en cara posterior de muslos y a nivel poplíteo bilateral. Neurológico: funciones corticales superiores conservadas, no alteración de pares craneales, fuerza y sensibilidad conservadas, marcha conservada.

Se solicitó analítica (incluyendo hemocultivos), y se pautó Paracetamol IV.

A la 1:39 h (14 de junio de 2009) la paciente fue valorada de nuevo, según se registró. Como enfermedad actual se anotó que acudía a Urgencias por dolor (que parecía continuo) lumbar irradiado a ambos miembros inferiores de 4 días de evolución junto con fiebre, tos sin expectoración y fiebre de hasta 39'5° desde comienzo del cuadro. No cambios en ritmo intestinal, no disuria.

Realizada nueva exploración se hace constar, entre otros, estaba consciente y orientada, impresionaba de dolor. Auscultación pulmonar (AP): murmullo vesicular conservado (MVC). Auscultación cardíaca (AC): rítmica, sin soplos. Abdomen blando, depresible, muy doloroso a la palpación en ambos flancos y región suprapúbica. Puño percusión renal (PPR) dcha (+). Dolor en musculatura paravertebral lumbar. No impotencia funcional ni compromiso neurovascular distal. Meníngeos (-).

Se pautó sueroterapia y Metamizol IV, y se decidió mantener en observación para ver evolución.

A las 5:37 horas la enfermera consignó que no había tenido dolor en toda la noche, conseguía descansar, tosía a ratos.

A las 9:32 horas el médico de guardia registró que la paciente había pasado la noche tranquila, sin fiebre y con dolor lumbar bilateral irradiado a nalgas controlado con Nolotil, sin Antibiótico.

La enferma fue reinterrogada, y se consignó (entre otros) que era una paciente de 19 años, gestante de 27 semanas, que no hablaba bien castellano, y acudía a Urgencias por cuadro de unos 5 días de evolución de fiebre de 39°, con artromialgias, cefalea, odinofagia y tos con secreciones amarillas, sin disnea. Malestar general aquejando especialmente dolor lumbar bilateral irradiado a nalgas y parte posterior de muslos que ya presentaba antes de la fiebre. Valorada en Hospital General Universitario Gregorio Marañón (su Hospital de referencia) por el mismo motivo hacía 3 días, se diagnóstico de *“infección de vías respiratorias altas”* y se le pautó Amoxicilina 500 mg, pero refería haber comenzado el tratamiento anteanoche (3 dosis aprox.). En las últimas 24 horas había presentado mejoría espontánea del cuadro febril, con T°: 37°-38°. Persistía tos y dolor lumbar. Acudía a ese hospital porque los fines de semana los pasaba en Fuenlabrada.

Se anotó que en la analítica solicitada destacaba PCR (en plasma): 1'7, Hb: 10, no leucocitosis, orina (-). Evolución en Urgencias: había recibido sueros y Nolotil IV con mejoría subjetiva del estado general y adecuado descanso nocturno, tos poco productiva. Constantes por la mañana: T° 36'6, TA 90/42, 94 l/m.

A la exploración presentaba (según se consignó), entre otros, buen estado general, bien hidratada y perfundida, palidez de mucosas, accesos de tos no productiva. Faringe ligeramente hiperémica AC: rítmica, soplo sistólico no irradiado AP: MVC Abdomen: útero grávido, blando, depresible, no doloroso. PPR (-) bilateral. Dolor a la palpación en musculatura paravertebral bilateral. EE II: no edemas, no signos de TVP.

Se emitió el JC: *“Infección respiratoria en resolución en paciente gestante. Lumbociatalgia bilateral en relación con gestación”*.

Se consignó que se intentaba dar alta con Antibiótico, Nolotil, Paracetamol y medidas de reeducación postural, pero tanto la paciente como su marido preferían seguir recibiendo tratamiento en el Hospital unas horas más. Se pautó Augmentine + Paracetamol y Nolotil (alternando).

A las 15 horas se anotó que la paciente estaba afebril, TA 99/43, durmiendo, dolor controlado con analgesia. Se indicó alta a domicilio y seguimiento en su Área de Salud, con control en 48 horas y así se hizo constar en el informe de alta, emitido a las 15:46 horas. En el citado informe se emitió el JC: *“Infección respiratoria en resolución en paciente gestante. Lumbociatalgia bilateral en relación con gestación”*. Y como codificación del Diagnóstico (CiE-9): *“Infección de vías respiratorias altas”*. Se pautó como tratamiento Amoxicilina clavulánico 875/125 1 comprimido cada 8 horas, 3 días más, Nolotil 1 comprimido cada 8 h si hubiera dolor y Paracetamol 1 gm. cada 8 h si dolor (alternando con Nolotil). A las 16:24 horas la enfermera registró que la paciente se iba de alta al domicilio, y se le daban 3 dosis de Antibiótico y antipiréticos por orden del médico de guardia para que se los llevara.

El día 15 de junio de 2009, a las 5:09 horas (14 horas después de haber sido de alta por el Servicio de Urgencias del Hospital de Fuenlabrada) la enferma acudió al Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Se consignó como motivo de consulta que *“refería un familiar, ya que la paciente no hablaba castellano”*, que hacía aproximadamente 6 días presentaba cuadro de tos con expectoración blanquecina y fiebre no termometrada, acompañada de dolor lumbar que se irradiaba a pierna

derecha, por lo que acudió al Hospital General Universitario Gregorio Marañón, siendo diagnosticada de infección respiratoria de las vías altas. Fue dada de alta e inició tratamiento con Amoxicilina 500 gm. A pesar de ello no mejoró y acudió a Hospital de Fuenlabrada, donde fue valorada y tratada en Urgencias 24 horas, descartándose patología ginecológica y donde fue tratada por infección respiratoria de las vías altas y lumbociatalgia bilateral. Refería que esa noche la tos y el dolor lumbociático había empeorado, por lo que acudía a nueva valoración. Antecedes Previos: no hipertensión arterial, no DM. 19 años. Constantes: TA 105/40. Pulso: 123. T°: 38'5°.

Se exploró a la paciente, consignando en EF: *“C y O (consciente y orientada). Difícil anamnesis por el idioma. Habla el marido. Febril, a 38'5° C Sat O<sub>2</sub>: 88%. C.C.: sin hallazgos A.C.: rítmica. AP: MCV, no auscultando ruidos. Abd.: grávido, blando, depresible, refiere dolor en región suprapúbica. MM II: simétricos, móviles”*.

Según consta entre la documentación clínica facilitada se solicitó (6.25 h) analítica de sangre (incluyendo Gasometría venosa) y de orina. Se anotó que la enferma refería dolor abdominal, y no sentir movimientos fetales que anteriormente presentaba. Por ello, se solicitó valoración por el Servicio de Urgencias de Ginecología, indicando que una vez descartado daño fetal, fuera remitida nuevamente si fuese necesaria nueva valoración.

A las 7:05 horas de ese mismo día, 15 de junio de 2009, la enferma fue valorada por Urgencias de Ginecología, donde se registró como motivo de consulta: *“Remitida de Urgencias Generales (vista por clínica respiratoria), refiere dolor abdominal con la tos. 27+5 sem”*.

Se anotó que aportaba Informe de Urgencias del Hospital de Fuenlabrada: Gestación normal; ECO: Normal; Infección respiratoria (se instaura Tratamiento con Augmentine).

Se efectuó Exploración y ECO. Se emitió el JD: “*Gestación en curso*”. Y se registró: “*Remito a URGENCIAS GENERALES de nuevo*”.

A las 7:41 horas la paciente, de nuevo en Urgencias del Hospital General, fue valorada nuevamente por este servicio. Se anotó que había sido vista por clínica respiratoria y remitida a Ginecología para valoración de la gestación. Se registró que la enferma se encontraba en mejor estado clínico. También se anotó que se iniciaba nueva tanda de aerosoles y se estaba pendiente de analítica de orina.

A las 10 h se consignó que la paciente refería, a través de su marido, falta de mejoría respiratoria y dolor lumbar en extremidades inferiores (especialmente derecha), que impresionaba de lumbociática. Se pautó 1 ampolla de Paracetamol IV.

A las 10:30 h se volvió a valorar a la enferma, registrándose que la T°: 36’5°, AP: MVC. También se anotó que reinterrogando a un familiar existían antecedentes de asma bronquial, actualmente sin tratamiento. Se consignaron resultados analíticos de Hemograma, INR y Bioquímica (en los que se objetivaron, entre otros, ↑ de transaminasas) y s. orina (-).

La paciente fue dada de alta (no figura hora), emitiéndose del JC: Embarazo + asma bronquial + infección respiratoria + ↑ de enzimas hepáticos. Se pautó Tratamiento: Paracetamol 500 mg c/6 horas + Symbicort 160 Turbuhaler c/12 h + continuar con Amoxicilina 8 días. Y se indicó control de Bioquímica por MAP y Consulta preferente en Servicio de Alergia.

Ese mismo día, 15 de junio de 2009, a las 19:53 horas, la enferma acudió de nuevo a Urgencias del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Se consignó como EA: *“Paciente dada de alta esta mañana con JC: crisis asmática + Infec. Respiratoria. Acude nuevamente por dificultad respiratoria + autoescucha sibilantes + fiebre”*. TA 99/45. FC: 120 l/m.

Se efectuó exploración, anotando que a su llegada estaba taquipneica ACP: rítmica sin soplos, sibilantes espiratorios dispersos, hipoventilación base dcha. Abdomen: gestación en curso. MMII: no edemas.

Se emitió el JC: Crisis asmática. Infección Respiratoria.

Se indicó administrar Salbutamol y corticoides nebulizados e IV. Y se registró que ante fiebre, se sacaban 3 hemocultivos y se ponía Augmentine Plus.

En el Informe de Urgencias aparece consignado a continuación (y por último): *“Evolución: mejora con Tto. Eupneica. Sat O<sub>2</sub> 92% con VMK al 31%. Se comenta paciente en Observación, pero ante la mínima sospecha de complicación o empeoramiento, avisar a UCP”*.

En las hojas de registro de enfermería correspondiente a esta visita a Urgencias se anotó entre otros, Sat O<sub>2</sub>: 82% y 94% (no aparece la hora exacta) pero por el resto de anotaciones podría deducirse que fue entre las 20 horas y las 20:20 horas. Se realizó una analítica de sangre (20 h), Gasometría venosa (20 h), Gasometría arterial en mano (20:20 h), Aerosoles (20 h), Oxigenoterapia, vía periférica derecha e izquierda, consciente y orientada. Además figuran anotadas varias tomas tensionales, la última a las 20:25 horas: 91/42.

También figura en dicha hoja de registro de enfermería (a las 20 h) el tratamiento instaurado y vía de administración (suero fisiológico, Pulmicort, Paracetamol, Augmentine), la toma de 3 hemocultivos y que la paciente pasaba al Área 4.

A las 21 horas del día 15 de junio de 2009, la paciente ingresó en el Servicio de Medicina Intensiva (UCI).

A su ingreso en UCI, la enferma estaba taquipneica (30 r/m), con saturación arterial de 91% con O<sub>2</sub> con Ventimask al 30%. A la exploración (entre otros) estaba consciente y orientada, con palidez y sequedad de piel y mucosas. AP: MVC, roncus dispersos con crepitantes gruesos de predominio izq. AC: rítmica, no soplos. Abdomen: blando, depresible, útero grávido, con ruidos. Dolor lumbar bilateral irradiado a ambos MMII, de tipo mecánico. PPR (-). MMII sin edemas, no signos de TVP. No impotencia funcional.

En la analítica presentaba, entre otros, Hb: 8'8, Leucocitos: 7.300 (94'6% PMN), GOT: 350, GPT: 220, GGT: 38, BT: 0'4, Glucosa: 105, Creatinina: 0'37, Fibrinógenos: 415. Gasometría: 7'42/35/69/23. RX Tórax (según se registró en el Informe de Ingreso): infiltrado consolidativo (extenso) en LII, sin poder descartar derrame paraneumónico asociado + infiltrado dudoso en LMD.

A su ingreso se indicó (entre otros) monitorización invasiva de la TA y sueroterapia, y (según Informe de Ingreso) ante la severidad del infiltrado se inicio tratamiento con Cefotaxima y Clantromicina, manteniendo aerosoles y corticoides. Se solicitó (entre otros) Ag de Legionella y serológica para bacterias atípicas ante la sospecha de Neumonía. La paciente se mantenía hemodinámicamente estable, con buena diuresis.

En el informe de ingreso se consignó como JC *“Insuficiencia respiratoria (IR) hipoxémica, secundaria a Neumonía extrahospitalaria grave de predominio izquierdo. Citolisis (sin colestasis) de etiología no aclarada”*.

En la hoja de enfermería de la UCI de 15 de junio de 2009 se registró (entre otros): *“... problemas de comunicación... cuando está el marido se*

*tranquiliza... Debido a la situación especial (embarazo + edad + 1<sup>er</sup> ingreso + problemas de comunicación + inquieta) se deja que su marido pase la noche con ella”.*

En las hojas de evolución figura registrada la valoración de las primeras 8 horas de ingreso en UCI, en la que se anotó (entre otros) que era una paciente de 19 años, marroquí, embarazada de 27 semanas, con antecedentes de crisis asmática sin tratamiento. Se había hablado con el Servicio de Ginecología, que indicaban que existía escasa viabilidad fetal sin previo administración de corticoides para inducir madurez pulmonar. Se había realizado ECO, objetivándose feto de 27-28 semanas sin signos de sufrimiento fetal. Presentaba insuficiencia respiratoria (IR), hipoxémica, ventilada con BIPAP, sin compromiso en otros órganos hemodinámicamente estable, buena función renal, citolisis en descenso, no coagulopatía. Se pautaron corticoides.

La enferma evolucionó en las primeras horas con rápido empeoramiento de la insuficiencia respiratoria, según el Informe de Alta, que precisó soporte ventilatorio no invasivo, y finalmente, a las 12 horas del ingreso en UCI, intubación traqueal y ventilación mecánica invasiva. A pesar del soporte ventilatorio, evolucionó con hipoxia severísima, que requirió soporte ventilatorio con Oxígeno al 100%, Presión (+) espiratoria final muy alta y ventilación en decúbito prono.

Según figura consignado en las hojas de evolución, durante su ingreso en la UCI la paciente fue evaluada y controlada diariamente, de forma sistemática, solicitándose múltiples pruebas diagnósticas (analíticas de sangre, Gasometrías, hemocultivos, cultivos en diversas muestras, RX Tórax) y fueron ajustados el tratamiento y las medidas terapéuticas a la situación temporal de la enferma (incluyendo administración de transfusiones). Además, fue estrechamente vigilada por el Servicio de

Ginecología (con realización continuada de ECO-Doppler fetal), al que se había solicitado valoración.

Dicha valoración fue realizada por la UCI conjuntamente con el Servicio de Ginecología y el de Neonatología a efectos de situación de la paciente, viabilidad fetal y riesgo para ambos, siendo en todo momento informada la familia, decidiéndose de acuerdo también con ella agotar todas las opciones terapéuticas con la enferma antes de realizar una cesárea (como recoge el Informe de Alta).

Las radiografías de tórax se realizaron (según documentación que figura en la historia clínica) bajo control del Servicio de Dosimetría y Radioprotección, con protección del abdomen de la enferma, y firma de su marido (sin fecha) del CI para “*Radiografía o Estudio Radiológico en paciente embarazada*”.

La evolución clínica y obstétrica está minuciosamente registrada (1 vez al día, como mínimo) en las hojas de evolución de la historia clínica, y figura (resumida) en el Informe de Alta, de fecha 30-06-09, día en que falleció la enferma.

De entre todo lo anotado y registrado diariamente en dichas hojas de evolución, relativo todo ello al estado de la paciente en ese momento, sospechas diagnósticas, interconsultas de otros SERVICIOS, solicitudes de pruebas (y de cultivos de diferentes muestras) y/o decisiones terapéuticas, se considera pertinente para el caso destacar lo siguiente:

El 17 de junio de 2009 la enferma fue valorada por el Servicio de Microbiología y Enfermedades Infecciosas, que consignó (entre otros) que era una enferma gestante (27 semanas) de 19 años con el juicio diagnóstico de insuficiencia respiratoria aguda secundaria a neumonía extrahospitalaria en paciente asmática, en tratamiento con Cefotaxima y Claritromicina. Se indicó que ante la gravedad del cuadro se solicitaban diversos cultivos y

pruebas, entre ellas “*Torunda nasal para descartar infección por virus de la gripe*” (según se registró) y recomendó continuar con igual tratamiento antibiótico.

También el 17 de junio de 2009 el médico de la UCI consignó (entre otros) que valorado conjuntamente con Ginecología, Anestesia y Neonatología (y tras realizar ECO) se decidía mantener a la paciente en decúbito prono por ligera mejoría de la oxigenación y de la perfusión placentaria, y realizar cesárea solo si la Saturación O<sub>2</sub> se mantuviera < 75% o se asociara bajo gasto cardiaco/shock (según Neonatología la viabilidad fetal era mayor si se continuaba la gestación que si se extrajera, a pesar de la saturación actual, y siempre que la Sat O<sub>2</sub> se mantuviera > 75% y se mantuviera la estabilidad hemodinámica).

El 18 de junio de 2009 el Servicio de Microbiología consignó (entre otros) que la paciente estaba clínicamente mejor, pero radiológicamente progresando a síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA). Anotó resultados microbiológicos recibidos (eran -). Se registró como juicio clínico que clínicamente se trataba de una Neumonía, extrahospitalaria grave en paciente inmunocompetente con gestación de 28 semanas, y que por el tipo de clínica e infiltrado debía tratarse de una Neumonía neumocócica o por otra bacteria piógena. Se anotó que dado que ya estaba en tratamiento antibiótico a su ingreso y no se tenía diagnóstico, se iban a realizar otra serie de pruebas microbiológicas (que se especificaban). Se recomendó continuar, de momento, con igual tratamiento antibiótico. Ese día la UCI registró (entre otros) que no había datos microbiológicos (+), consignando también resultados y solicitando nuevas pruebas.

El 19 de junio de 2009, el Servicio de Microbiología anotó que la enferma estaba clínicamente mejor, aunque continuaba con insuficiencia respiratoria con VM. También consignó: “*De las muestras recogidas tenemos el resultado, de PCR (+) de virus gripe AH<sub>1</sub>N<sub>1</sub>*”. Registró que

se comunicaba a las autoridades pertinentes, a sus familiares y al resto del personal sanitario. Emitió el JC: *“Infección por virus de la Gripe  $H_1N_1$  con Neumonía probablemente bacteriana secundaria*”. Se indicó realizar aislamiento aéreo y de contacto, continuar igual tratamiento antibiótico y valorar tratamiento con Oseltamivir según riesgo/beneficio teniendo en cuenta el tiempo de evolución.

El mismo 19 de junio de 2009, a las 18 horas, el Servicio de Microbiología registró (entre otros) que *“PCR  $H_1N_1$  de hace 48 h: Repetida (+). PCR  $H_1N_1$  de hoy (-)”*. Ese mismo día se añadió Tamiflu al tratamiento (75 mg/12 h, solución por sonda nasogástrica), según consta en las órdenes de tratamiento y en las hojas de enfermería.

El 20 de junio de 2009 el SERVICIO de UCI consignó (entre otros) que la paciente era una gestante de 28 semanas, con Neumonía extensa por germen no filiado, gripe A (+), SDRA, con mala situación respiratoria (Rx Tórax infiltrado extenso bilateral), sedorrelajada con dosis  $\uparrow\uparrow$ , estable hemodinámicamente, 7.900 Leucos, 7º día tratamiento con Cefota. + Claritro., 2º día con Tamiflu. Ese mismo día, el Servicio de Microbiología anotó que la situación era estable, Tº: 38º C, y recomendaba seguir igual Tratamiento, valorando cambiar de antibiótico tras cultivo si continuaba con  $\uparrow$  Tº. El Servicio de Ginecología, avisados por UCI, realizaron exploración y ECO, según figura registrado, consignando (14:30 h) que informaban a familiares y médicos responsables.

El 23 de junio de 2009, tras valoración del Servicio de Ginecología, el Servicio de UCI reseñó (entre otros) que dado que no había constancia de sobreinfección y el empeoramiento del SDRA (en 8º día de evolución), se iniciaban corticoides.

El 24 de junio de 2009 el Servicio de UCI consignó (entre otros) que persistía SDRA severísimo, sin mejoría. No existían datos de

sobreinfección bacteriana, y los cultivos eran negativos. La paciente presentaba anemia leve y progresiva del paciente crítico. Se indicó transfusión. Se suspendió el Tamiflu tras la dosis de la mañana (5º día de tratamiento).

Al día siguiente, 25 de junio de 2009 el Servicio de UCI registró (entre otros) que la enferma presentaba mala situación clínica SDRA sin ninguna mejoría. Acidosis respiratoria severa. Hemodinámicamente continuaba estable, aunque en anasarca, con derrame pleural fundamentalmente derecho. Fiebre de hasta 38º C que no cedía con Nolotil y Perfalgan. Leucocitosis de 15.000, sin secreciones purulentas ni aislamientos microbiológicos. Buena función renal, sin acidosis metabólica. Ese día terminaba tratamiento de Neumonía comunitaria. Se pautó cobertura de amplio espectro y Óxido Nítrico.

El 26 de junio de 2009 el Servicio de UCI registró en un informe de actualización de esa fecha que habiendo sido valorada conjuntamente con el Servicio de Ginecología, Neonatología y de acuerdo también con la familia se había decidido agotar todas las opciones terapéuticas con la enferma, no se contemplaba la cesárea en esos momentos dado el riesgo que supondría actualmente para la paciente. Y se habilitaban todos los medios para realizar Cesárea urgente si la enferma sufría deterioro severo hemodinámico o respiratorio.

En la anotación realizada el día 27 de junio de 2009, el Servicio de UCI anotó (entre otros) que persistía SDRA severísimo, con hipoxia severa e inestabilidad hemodinámica progresiva. Empeoramiento de la función renal, sin acidosis metabólica. Sin aislamientos microbiológicos. El día anterior se había realizado ECO, objetivándose latido fetal. Se indicó retirar el TGI (colocado previamente) por no mejoría.

El día 28 de junio de 2009 el Servicio de UCI consignó (entre otras) que la paciente se encontraba en muy mala situación clínica, con SDRA severo, Rx Tórax extenso derrame pleural dcho + neumotórax. Fue colocado tubo torácico derecho por el Servicio de Cirugía de Tórax. Se realizó ECO, que evidenció latido fetal.

Al día siguiente, 29 de junio de 2009 se anota en la historia por el Servicio de UCI que la enferma se encontraba peor, con SDRA severísimo, inestabilidad hemodinámica, deterioro de la función renal, anasarca, barotrauma con fístula BP, Leucocitosis en ↑, fiebre > 38° C. A pesar del sistema de hipotermia instaurado, sin aislamientos microbiológicos (+). Y se registró: *“dado el mayor empeoramiento actual, sin respuesta a todas las medidas adoptadas, se considera con la familia la decisión de realizar cesárea urgente”*. En la historia clínica figura un documento en el que consta que la familia (marido, madre y suegra) es informada *“de la extrema gravedad e irreversibilidad del cuadro de Síndrome de Distress Respiratorio del Adulto, refractario a todas las medidas adoptadas, y el desarrollo actual de inestabilidad hemodinámica y disfunción de órganos de la paciente”*, y de que en el registro cardiotocográfico realizado se observaba que el feto presentaba *“FC basal > 180 l/m, con ↓ de la variabilidad latido/latido, achacable tanto a la fiebre materna como a los episodios de baja saturación”*, por lo que se creía necesaria la extracción fetal con relativa urgencia, firmando la familia su consentimiento. Dicho documento está firmado por el marido y la madre de la paciente, el Jefe de Sección de UCI y el Jefe de Servicio de Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Ese mismo día, a las 13:15 horas se realizó una cesárea en la habitación (por *“Patología materna + RPBF”*) con equipo de Neonatología, según registro el Servicio de UCI en la hoja de Observaciones. La paciente sufrió inmediatamente después disociación electromecánica (PCR) de unos 5 mm de duración, recuperándose tras

maniobras de RCP, transfusión de hemoderivados y aminos a dosis elevadas. El niño (un varón) sufrió PCR breve, recuperándose tras maniobras de RCP por el SERVICIO DE NEONATOLOGÍA.

Se pautó ampliar el tratamiento antibiótico a Meropenem, Amikacina, Soltrim, Flagyl y Caspofungina. En la historia clínica figura un documento de “*CI para Estudios de Investigación sobre la Gripe Nueva*” firmado el 29 de junio de 2009 por un familiar de la paciente.

Según aparece registrado por el Servicio de UCI en la hoja de observaciones, la paciente sufrió un empeoramiento progresivo (desde el punto de vista respiratorio y hemodinámico, con imposibilidad de ventilación e hipoxemia severa) a lo largo de la tarde y de la noche, evolucionando a Shock refractario y fracaso multiorgánico, neumotórax izquierdo, colocándose TET urgente sin mejoría de la saturación. Hipotensión refractaria a aminos. Acidosis mixta severa refractaria a bolos de bicarbonato.

Finalmente la enferma sufrió nueva PCR en asistolia no recuperada, falleciendo a la 1:20 horas del 30 de junio de 2009. Se solicitó la Necropsia a la familia, que aceptó.

A efectos de emisión del presente dictamen, son de interés, además de los documentos indicados en el antecedente SEGUNDO, los que siguen:

1. Historia clínica de la paciente en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón (folios 44 a 253).

2. Informe del Coordinador de Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, de 13 de noviembre de 2009, que declara: “*En la atención prestada a D.M. en la Sección de Medicina de Urgencia, en las tres ocasiones que acudió, la actuación se ajustó a los protocolos de actuación. En la primera ocasión que consultó en este*

*Servicio de Urgencias la paciente presentaba un cuadro de infección respiratoria, no encuadrable en la definición de caso sospechoso de Gripe AH<sub>1</sub>N<sub>1</sub> vigente. Los procedimientos diagnósticos llevados a cabo y las medidas terapéuticas prescritas fueron las ajustadas a la situación particular de la paciente (gestante de 27 semanas). La segunda ocasión en que acudió a urgencias se añadió un broncodilatador, siendo remitida a su domicilio dada la mejoría experimentada con dicha modificación terapéutica, la paciente al encontrarse ese mismo día peor acude a urgencias, siendo nuevamente valorada (indicándose en ese momento la radiografía de tórax con protección radiológica, hasta ahora evitada por la situación de gestación de la paciente) e ingresada en UCI por neumonía dado el progresivo empeoramiento. Con los datos que actualmente disponemos, viendo la evolución de los pacientes que están sufriendo complicaciones con la infección por el virus de la Gripe AH<sub>1</sub>N<sub>1</sub>, posiblemente ninguna medida tomada previamente a la que se hace referencia que se podrían haber tomado en las visitas a los Servicios de Urgencia en la reclamación hubiesen modificado la evolución fatal de la paciente” (folio 253).*

3. Historia clínica de la paciente en el Hospital de Fuenlabrada (folios 254 a 275).

4. Informe emitido conjuntamente por el Coordinador de Urgencias y la Jefa de Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Fuenlabrada, sobre la asistencia prestada a la paciente en el citado Hospital (folios 276 y 277).

5. Informe del Jefe de Servicio de Medicina Intensiva del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, de 7 de diciembre de 2009, en el que se rectifica el informe clínico de alta por *exitus* de 30 de junio de 2009 en el que se manifestaba que se había tenido noticia ese mismo día (30 de junio de 2009) del resultado positivo de la PCR de virus de la gripe

AH<sub>1</sub>N<sub>1</sub> y se recogen los análisis y resultados de la PCR del virus de la gripe AH<sub>1</sub>N<sub>1</sub> los días 17, 19 y 23 de junio. El resultado de la prueba del 17 de junio fue positivo y se conoció el día 19 de junio, iniciándose el tratamiento con oseltamivir. En este sentido, el informe del Servicio de Medicina Intensiva dice sobre la reclamación presentada: *“Hay un error de interpretación en el informe clínico, el resultado de la PCR fue positivo el 17/6/09, es decir, dos días después de su ingreso, manteniéndose tratamiento con oseltamivir durante 5 días, suspendiéndose este ya que las dos siguientes muestras de PCR para el virus AH<sub>1</sub>N<sub>1</sub> fueron negativas”*. El informe aclara que la expresión *“neumonía adquirida en la comunidad”* significa fuera del hospital y no en el hospital como se alega en el escrito de reclamación en su expositivo fáctico octavo (folios 278 y 279).

6. Informe del Coordinador de Urgencias del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, en respuesta a las aclaraciones solicitadas por la inspección, emitido el 18 de marzo de 2010 (folios 280 y 281). Con el citado informe se remite a la Inspección copia del informe de Urgencias de 11 de junio de 2009, protocolo (vía clínica) de actuación ante Síndrome Febril en Urgencias, que es el motivo de consulta de la paciente en dicha asistencia, protocolo (vía clínica) de actuación ante Disnea, aunque en la fecha de la primera visita la paciente no presentaba dicho síntoma, Definición de caso sospechoso de gripe AH<sub>1</sub>N<sub>1</sub> (la declaración de pandemia fue realizada el día 11 de junio de 2009 por la OMS, no estando vigente en dicha atención) y protocolo de actuación ante un caso sospechoso de gripe A en junio de 2009, antes y después de la declaración de pandemia de 11 de junio de 2009 (folios 282 a 293).

7. Información previa reservada elaborada por la Inspección Sanitaria en los Hospitales Gregorio Marañón y de Fuenlabrada a solicitud del Director General de Ordenación e Inspección de la Consejería de Sanidad con la que

se adjuntan como anexos las actas nº ccc, ddd y eee, todas ellas de 14 de julio de 2009. Se acompañan copias de los informes constatados y relacionados en las actas, así como los protocolos y criterios de actuación en relación a los casos de gripe AH<sub>1</sub>N<sub>1</sub> del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (folios 297 a 458).

8. Escrito del Jefe de Servicio de Microbiología clínica y enfermedades infecciosas del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, de 23 de marzo de 2010 por el que remite copia de los informes de los resultados de las pruebas solicitadas a la paciente e informa que *“en junio de 2009 el Servicio de Microbiología del Hospital G.U. Gregorio Marañón se acogió a los protocolos de actuación que la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades-Atlanta (CDC) tenía vigentes”* (folios 460 a 463).

9. Informe de 9 de abril de 2010 y documentación remitida por el Director Médico del Hospital Universitario de Fuenlabrada, a solicitud de la Inspección Sanitaria, en el que se manifiesta que *“la declaración de pandemia fase 6, por parte de la OMS, se produjo justamente en los dos días previos de la atención a esta paciente (11 de junio), cuando todavía existía escasa evidencia sobre el manejo óptimo de los pacientes. Concretamente la extensión de la toma de muestras, por disponibilidad de la prueba necesaria, se formalizó en una norma de fecha 20 de agosto y las instrucciones de uso de antivirales de forma reglada tienen fecha de 6 de septiembre. En junio del 2009 los protocolos existentes, y de aplicación para la atención a los pacientes, tanto en urgencias como en otros ámbitos, están recogidos en el Plan de Preparación y Respuesta ante una Pandemia de Gripe de la Comunidad de Madrid, de 7 de mayo”* (folios 467 a 470).

10. Escrito de remisión de toda la documentación a la médico inspectora encargada de la elaboración del informe (folios 471 a 489).

11. Escrito de la médico Inspectora en el que solicita el complemento de la documentación incorporada a las Actas de Inspección n<sup>o</sup> ccc y ddd, al no encontrarse en la documentación remitida. Asimismo solicita documentación y aclaración sobre diversas cuestiones relacionadas con la reclamación tanto al Hospital General Universitario Gregorio Marañón (folios 491 y 492) como al Hospital de Fuenlabrada (folios 493 y 494) y a la Subdirección de Promoción de Salud y Prevención (folios 495 y 496).

12. Informe sobre la gripe pandémica (H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>) de 2009, elaborado por el Subdirector de Promoción de la Salud y Prevención, de 21 de abril de 2010, sobre la actuación de la Comunidad de Madrid ante la declaración de la fase 6 de pandemia de la OMS el día 11 de junio de 2009, con remisión de toda la documentación relativa a los protocolos, normas, instrucciones, criterios y pautas de actuación emitidas por la Consejería de Sanidad vigentes entre el 11 de junio y el 30 de junio de 2009 (folios 497 a 563).

13. Informe de la Inspección Sanitaria de 17 de mayo de 2010 en el que, tras un exhaustivo análisis de la documentación relativa a la asistencia dispensada a la paciente concluye: *«1) La asistencia sanitaria prestada a D.M. (F Nac. fff) cuando acudió por 3<sup>a</sup> vez a URGENCIAS, el 15-06-09, parece que fue inadecuada, pues fue dada de alta sin intentar realizar pruebas diagnósticas que descartaran y/o explicaran el bajo nivel de Sat O<sub>2</sub> objetivado, discordante con la Auscultación Pulmonar, que parecía indicar Insuficiencia Respiratoria (aunque se desconoce cuando había empezado a presentarla). No obstante, si bien la relevancia de esas pocas horas (desde el alta hasta que acudió de nuevo) en la evolución que presentó la enferma no ha podido demostrarse, a la vista de la experiencia y conocimientos adquiridos posteriormente sobre la Gripe A (recién aparecida en el mundo en la época de los hechos), es muy probable que no se hubiera podido evitar el fatal desenlace aunque no se le hubiera dado de*

*alta en ese momento, dada la rápida y agresiva progresión que presentó la enfermedad en esta paciente, y la no respuesta a las medidas terapéuticas instauradas (medicamente adecuadas). 2) Cuando la paciente acudió las distintas ocasiones a URGENCIAS (4) parece que no se sospechó que pudiera haber sido infectada por el nuevo virus de la Gripe (ni, por tanto, se solicitaron pruebas diagnósticas ni se pautó tratamiento con antivirales) probablemente porque no podía ser considerada “caso” al no presentar criterios epidemiológicos, necesarios para cumplir la Definición de “Caso” en cualquiera de sus Clasificaciones según la Normativa y Protocolos que presumiblemente se siguieron en ese momento, de 09-06-09, parece que de forma médicamente correcta al ocurrir los hechos en un momento de transición, recién elevado a 6 el nivel de alerta por la OMS. El Diagnóstico de infección por virus de la Gripe A se supo el día 19-06-09 (ya ingresada la paciente en la UCI), al conocer el resultado (+) de la PCR para el virus AH<sub>1</sub>N<sub>1</sub> (solicitado el 17-06-09), instaurándose tratamiento con Tamiflu ese mismo día» (folios 564 a 619).*

14. Notificación del trámite de audiencia al reclamante por edictos y en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid del día 18 de mayo de 2011 tras haber intentado infructuosamente por dos veces la notificación en el domicilio indicado por el reclamante (folios 621 a 640).

15. Propuesta de resolución de 21 de junio de 2011 de la Viceconsejera de Asistencia Sanitaria que desestima la reclamación por considerar que está acreditada la adecuación a *lex artis* de la asistencia sanitaria prestada a la paciente, así como la falta de relación causal entre la misma y el fallecimiento objeto de reclamación (folios 641 a 646).

16. Informe del Servicio Jurídico en la Consejería de Sanidad, de 21 de junio de 2011, favorable a la propuesta de resolución (folios 652 a 653).

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

## CONSIDERACIONES EN DERECHO

**PRIMERA.-** Es preceptiva la solicitud y emisión de dictamen por la Comisión Permanente del Consejo Consultivo, de acuerdo con el artículo 13.1.f).1º de la Ley 6/2007, de 21 de diciembre, reguladora del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, conforme al cual este órgano deberá ser consultado en el caso de *“expedientes tramitados por la Comunidad de Madrid, las entidades locales y las universidades públicas sobre: 1.º Reclamaciones de responsabilidad patrimonial, cuando la cantidad reclamada sea igual o superior a 15.000 euros o cuando la cuantía sea indeterminada”*. En el presente caso, habiéndose cuantificado su importe en 186.000 euros, resulta preceptivo el dictamen de este Consejo Consultivo.

**SEGUNDA.-** El procedimiento de responsabilidad patrimonial, que se inició a instancia de interesado según consta en los antecedentes, tiene su tramitación regulada en los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC), desarrollados en el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial.

El reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 139 LRJ-PAC, por cuanto que sufren el daño moral causado, supuestamente, por la deficiente asistencia sanitaria. Se ha acreditado debidamente la relación de parentesco que ligaba al reclamante con la finada, mediante la presentación del Libro de Familia.

Se cumple, igualmente, el requisito de la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, por ser la titular del servicio a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

Por último y en lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 142.5 LRJ-PAC la acción para reclamar responsabilidad patrimonial a la Administración prescribe al año de manifestarse el efecto lesivo y de que se haya determinado el alcance de las secuelas.

En el presente caso, presentada la reclamación el 25 de septiembre de 2009 debe considerarse que la acción ha sido ejercitada en plazo, pues el fallecimiento de la esposa del reclamante se produjo en la madrugada del día 30 de junio de 2009.

**TERCERA.-** Al procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación, regulado en las normas antes referidas, se encuentran sujetos las Entidades Gestoras y Servicios Comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicas, así como de las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud, en virtud de la Disposición adicional duodécima de la LRJ-PAC, según redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y la disposición adicional primera del precitado Reglamento aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

Respecto del cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 84 LRJ-PAC y 11 RPRP, hemos de subrayar una deficiencia relevante en la tramitación del expediente.

El artículo 59.2 de la LRJ-PAC dispone que *“en los procedimientos iniciados a solicitud del interesado, la notificación se practicará en el lugar que éste haya señalado a tal efecto en la solicitud. Cuando ello no fuera posible, en cualquier lugar adecuado a tal fin, y por cualquier medio*

*conforme a lo dispuesto en el apartado 1 de este artículo. Cuando la notificación se practique en el domicilio del interesado, de no hallarse presente éste en el momento de entregarse la notificación podrá hacerse cargo de la misma cualquier persona que se encuentre en el domicilio y haga constar su identidad. Si nadie pudiera hacerse cargo de la notificación, se hará constar esta circunstancia en el expediente, junto con el día y la hora en que se intentó la notificación, intento que se repetirá por una sola vez y en una hora distinta dentro de los tres días siguientes”.*

En el presente caso se observa en el expediente que el último escrito presentado por el reclamante el día 3 de noviembre de 2009 indicaba como medio de ponerse en contacto con él, dos teléfonos móviles y se tachaba la dirección de la calle A.

A pesar de ello, la Administración intenta la notificación en el citado domicilio dos veces. La primera aparece la fecha y la hora del intento de notificación: 13 de julio de 2010 a las 12:50 horas y el cartero hace constar como causa de falta de entrega, “ausente reparto”. En el segundo intento no aparece, sin embargo, la fecha y hora en que se realizó. Solo se hace constar “ausente reparto”.

Entre los requisitos de las notificaciones en el domicilio del interesado se encuentran, cuando la notificación se haya entregado a la sociedad pública Correos, y Telégrafos, los establecidos en el Real Decreto 1829/1999, de 3 de diciembre, que en el envío conste la palabra “notificación” y, debajo de ella y en caracteres de menor tamaño, el acto a que se refiere (citación, requerimiento, resolución) y la indicación del número del expediente o cualquier otra expresión que identifique el acto a notificar (art. 40), así como, si nadie pudiera hacerse cargo de la notificación en el domicilio del interesado, que se haga constar este extremo en la documentación del operador postal y, en su caso en el aviso de recibo que acompaña a la notificación, junto con el día y hora en que se intentó la misma y que, una

vez realizados dos intentos, el citado operador deposite en lista la notificación durante el plazo de un mes, a cuyo efecto deberá dejar al destinatario aviso de llegada en el correspondiente casillero domiciliario.

Como resulta de los hechos probados, en el segundo intento de notificación no aparece ni el día ni la hora en que hizo, por lo que no es posible examinar si se realizó en hora distinta y dentro de los tres días siguientes como prescribe el artículo 59.2 de la LRJ-PAC.

Sobre esta materia resulta de interés hacer referencia a la importante Sentencia del Tribunal Supremo, Sala 3ª, de 28 de octubre de 2004 (Rec. 70/2003), que señala lo siguiente en su Fundamento de Derecho cuarto: *“El procedimiento administrativo se desarrolla en función de un principio de garantía de los administrados y otro de eficacia de la Administración en una tensión dialéctica que en materia de notificaciones se manifiesta con especial intensidad. La primordial garantía de los interesados es tener conocimiento directo de las resoluciones que les afecten pero, a su vez, constituyendo la notificación de los actos administrativos que afectan a los interesados presupuesto para su eficacia, el legislador ha adoptado los mecanismos que en cada caso considera adecuados para vencer las situaciones derivadas de la imposibilidad de proporcionar a los interesados ese conocimiento. Por ello, el artículo 59.2 LRJ-PAC establece con carácter general que las resoluciones y actos administrativos se practicarán en el domicilio del interesado, y sólo tras dos intentos de notificación en ese domicilio sin que nadie se haga cargo de ella, se acude al arbitrio de la notificación edictal (art. 59.5 LRJ-PAC). La notificación por edictos es un mecanismo formal que no garantiza el efectivo conocimiento por el interesado del acto o resolución que le afecta por lo que sólo cabe aceptar su empleo como último recurso, cuando han resultado fallido los dos intentos previos de notificación en el domicilio del interesado y cuando aquellas notificaciones se han practicado según lo preceptuado legalmente”.*

La importancia del trámite de audiencia viene determinado porque el artículo 105 apartado c) de la Constitución prevé la regulación mediante ley del procedimiento administrativo, a través del cual, deban producirse los actos administrativos, garantizando, cuando proceda, la audiencia del interesado.

Dicho trámite de audiencia se configura como elemento fundamental del procedimiento en los supuestos en que el órgano que resuelva tenga en cuenta hechos y pruebas distintas de las manifestadas por el interesado en su escrito de reclamación, en dicho sentido se pronuncia el artículo 84.4 de la LRJ-PAC.

Para que la omisión del trámite de audiencia pudiera tener efecto invalidatorio sería necesario, de acuerdo con la Jurisprudencia, entre otras Sentencias del Tribunal Supremo las de 20 de enero de 2005 (recurso nº 7357/2001) y de 12 de febrero de 2001 (recurso nº 49/1994), que hubiera causado indefensión al interesado en el procedimiento.

En el presente caso, se han recabado informes de los que no se ha dado traslado al reclamante, privándosele del conocimiento de los mismos y, en consecuencia, de la posibilidad de oponerse a ellos o, a la vista del mismo, solicitar o aportar medios de prueba que pudieren haber reforzado su reclamación, la ausencia del trámite de audiencia podría constituir indefensión para el interesado.

Por ello, deben retrotraerse las actuaciones al momento inmediatamente anterior a la propuesta de resolución para que se dé traslado al reclamante del expediente completo y pueda formular las alegaciones que estime pertinentes, todo ello de conformidad con lo dispuesto en los artículos 84.1 de la LRJ-PAC y 11 del RPRP.

En mérito a cuanto antecede, el Consejo Consultivo formula la siguiente

## CONCLUSIÓN

Procede la retroacción del procedimiento para dar audiencia al reclamante, por no haberse cumplimentado adecuadamente dicho trámite y, posteriormente, se deberá remitir el expediente completo, una vez tramitado y antes de su resolución, a este órgano consultivo para la emisión de dictamen.

A la vista de todo lo expuesto, el Órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a este Consejo de conformidad con lo establecido en el artículo 3.7 del Decreto 26/2008, de 10 de abril, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid.

Madrid, 5 de octubre de 2011

