

Dictamen n.º: **525/24**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **12.09.24**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 12 de septiembre de 2024, sobre la consulta formulada por la Consejera de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña., por los daños y perjuicios derivados de la deficiente asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Clínico San Carlos, al considerar que hubo un retraso en el diagnóstico de un trombo sufrido tras una hemorragia cerebral, lo que le ha ocasionado la pérdida de la visión en el ojo izquierdo.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El expediente de responsabilidad patrimonial trae causa del escrito formulado por el esposo y representante legal de la persona citada en el encabezamiento de este dictamen y presentado el 25 de agosto de 2022 en el registro del Servicio Madrileño de Salud.

En su escrito, el esposo de la reclamante refiere que la paciente ingresó sobre las 15:30 horas del 12 de marzo de 2022 en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico San Carlos aquejada de una hemorragia

intraparenquimatosa en fosa posterior, siendo parece ser su causa una malformación congénita.

El interesado relata a continuación la evolución clínica de la paciente entre la citada fecha y el 5 de abril de 2022, y refiere que existe una negligencia médica por parte del Servicio de Radiología del referido hospital, ya que el 25 de marzo no se le realizó a su esposa la prueba radiológica que había prescrito su neurocirujana, cuando la paciente estaba atravesando en ese momento un periodo de tiempo crítico, en el que había grave riesgo de que las venas y arterias de su cerebro se pudieran obstruir, como así ocurrió, produciéndose un vaso espasmo, con paralización total del lado izquierdo de su cuerpo y pérdida casi total de la visión en el ojo izquierdo.

La reclamación también cuestiona la actuación de la propia neurocirujana que prescribió la prueba, por cuanto le correspondía comprobar, bien por sí misma o por otro facultativo designado al efecto, que la meritada prueba se había realizado en la fecha prevista. Dicha responsabilidad, según el escrito, también se hace extensiva al facultativo que estaba de guardia los días 26 y 27 de marzo, por no haber reconocido a la paciente, cuando el firmante de la reclamación y esposo de la paciente había alertado a los médicos acerca de los síntomas que presentaba su esposa.

Por otro lado, el representante legal de la reclamante también cuestiona la actuación del Servicio de Oftalmología del centro hospitalario, pues, cuando el Servicio de Urgencias reclamó la presencia de un oftalmólogo para que examinara la pérdida de visión de la paciente en el ojo izquierdo y controlara su evolución, nadie del citado servicio volvió a visitar a la paciente durante su estancia en la UCI, de modo que, incluso, en el informe de alta hospitalaria, tal lesión ocular no aparece reflejada.

El interesado refiere que, una vez abandonado el hospital, la paciente acudió los días 23 de junio y 29 de julio de 2022 a la consulta de un

catedrático de Oftalmología, quien, tras realizar las pruebas pertinentes, determinó que, dado el tiempo transcurrido, ya era demasiado tarde para disolver con láser los restos de sangre que invaden el globo ocular del ojo izquierdo, de modo que la única posibilidad para recuperar parcial, que no totalmente, la visión en se ojo era la realización de una vitrectomía.

Por último, la reclamación también reprocha que el esposo de la reclamante tuviera que adquirir él mismo, previa extensión de la correspondiente receta por parte de un neurocirujano del hospital, y ante la falta de existencias en el propio centro, el fármaco Amlodipino, que su esposa estaba tomando.

La reclamación no cuantifica el importe de la indemnización solicitada y no se acompaña de documentación alguna. (folios 1 a 11 del expediente administrativo).

Con posterioridad, y tras el requerimiento realizado al efecto por la Administración para acreditar la representación con la que se afirma actuar, la propia reclamante remite escrito el 27 de septiembre de 2022, revocando el mandato verbal otorgado a su esposo y compareciendo en el expediente como reclamante.

SEGUNDO.- Del estudio del expediente resultan los siguientes hechos, de interés para la emisión del Dictamen:

Con fecha 17 de marzo de 2022, se recibe una llamada en el SUMMA 112: *“avisan por paciente que ha presentado mareo y cefalea intensa bruscos, con deterioro progresivo nivel de consciencia. Sin fiebre, el día anterior sin cefalea ni otra clínica. A nuestra llegada paciente con 40 minutos de evolución de clínica, sin relajación de esfínteres ni crisis comicial”*.

Tras la valoración pertinente, se llega a la sospecha diagnóstica: *“sospecha de accidente cerebro vascular hemorrágico”*.

La paciente, de 63 años de edad, es trasladada al Servicio de Urgencias del Hospital Clínico San Carlos, con el carácter de “*Código Ictus*”.

A su llegada, se encuentra hemodinámicamente estable, con tensión arterial en torno a 130/80 mmHg, frecuencia cardíaca de 70 lpm y sin compromiso respiratorio, rechazando además la colocación de guedel. Presenta Glasgow de 10.

Se pauta realización de TC craneal, siendo trasladada al Servicio de Radiología. Mientras se realiza la prueba, sufre un empeoramiento del nivel de consciencia y bradicardia en torno a 55 lpm, con pausas sinusales de 1-1,5 segundos, por lo que avisan a UCI.

Las pruebas radiológicas fueron TC craneal y angioTAC, encontrando: Hematoma intraparenquimatoso en fosa posterior de unos 2,8 x 3,2 x 3,3 cm (T x AP x L) centrado en línea media, abierto al sistema ventricular, con ocupación tetraventricular y mínima herniación subfalcial izquierda (3 mm). Existe colapso de las cisternas perimesencefálicas, lo que podría estar en relación con herniación transtentorial ascendente. Hay focos de mayor atenuación en surcos temporales derechos sugerentes de hemorragia subaracnoidea. Se aprecia cierta dilatación del sistema ventricular sugerente de hidrocefalia secundaria. En el estudio angiográfico, se aprecia prominencia de la arteria cerebelosa posterior inferior (PICA) derecha, con imagen compatible con malformación arteriovenosa de localización muy posterior, con nido malformativo de unos 17 mm.

En la parte más anterior, se observa imagen compatible con pequeño aneurisma de flujo de 5,5 x 3,6 mm (T x AP) y cuello de 2,4 mm, con signos de rotura.

Los médicos de la UCI encuentran que la paciente presenta Glasgow 12-13, hemodinámicamente estable con tensión arterial en torno a

140/80mmHg y FC 55 lpm, con pausas sinusales que no han pasado de 2 segundos, pero sí iban aumentando lentamente.

Al empeorar de forma progresiva (mayor oscilación del nivel de consciencia y mayor tendencia al sueño), se comenta el caso con el Servicio de Neurocirugía y se decide realizar cirugía urgente.

Se realiza intervención quirúrgica, siendo los diagnósticos, para su realización:

- Hemorragia cerebral espontánea fosa posterior (cerebelo abierto a ventrículos).

- Malformación arterio-venosa dependiente de la arteria cerebelosa posterior inferior derecha embolizada.

En el protocolo quirúrgico, aparece como diagnóstico hidrocefalia, como procedimiento, colocación de drenaje ventricular externo, así como la descripción de la intervención. El documento de consentimiento informado es firmado por su marido.

En la intervención se coloca un drenaje para control de la presión intracraneal.

La paciente ingresa en la UCI postprocedimiento, estable y con presión intracraneal controlada. Drenando líquido cefalorraquídeo en rango de 10-15 ml/h. Estabilidad hemodinámica y sin gradiente respiratorio.

El 14 de marzo de 2022, se realiza arteriografía: se cateteriza la arteria vertebral derecha. Se demuestra una malformación arteriovenosa compacta retrovermiana con ramas aferentes de arteria cerebelosa posterior inferior derecha y vena de drenaje que desemboca en la tórcula.

Se identifican dos aneurismas de flujo, de morfología fusiforme en las dos ramas principales de aferencia a la malformación arteriovenosa cerebral.

Se cateteriza un primer pedículo con Magic 1.2 y se inyecta MagicGlue 2:1 cerrando el pedículo y el primero de los aneurismas de flujo. Posteriormente, se cateteriza el segundo pedículo con Magic 1.2 y se inyecta MagicGlue 2:1 cerrando el pedículo, la malformación arteriovenosa cerebral. y el segundo de los aneurismas de flujo.

Con fecha 15 de marzo de 2024, se realiza TC cráneo de control: hematoma intraparenquimatoso cerebeloso agudo, que ha disminuido ligeramente de tamaño. Hemorragia tetraventricular, sin grandes cambios, con catéter de drenaje ventricular frontal derecho y sin signos de hidrocefalia en la actualidad. Focos dispersos de hemorragia subaracnoidea en surcos parasagitales y en la convexidad. Fino hematoma subdural agudo en la hoja derecha del tentorio.

Durante el ingreso, presenta fiebre, por lo que se extraen cultivos, también infección respiratoria con aislamiento de Hafnia Alvei en broncoaspirado, tratada con Ciprofloxacino, sin desarrollo de insuficiencia respiratoria, ni infiltrados pulmonares, y sin presentar elevación de reactantes de fase aguda.

Se despierta a la enferma, lo que permite extubarla con buena tolerancia clínica y gasométrica, si bien inicialmente presentó necesidad de oxigenoterapia de alto flujo por escasa movilización de secreciones y atelectasia derecha. Neurológicamente está consciente, desorientada, tranquila y colaboradora. Pares craneales

parecen normales. Discreta paresia de hemicuerpo izquierdo, más acusada en miembros superiores, pero que va mejorando. Necesidad de drenaje de líquido cefalorraquídeo del orden de 10 ml/h. Comiendo por la boca.

El 21 de marzo de 2022, se realiza revisión por el Servicio de Rehabilitación (interconsulta). Se pauta programa de rehabilitación respiratoria y motora durante su estancia. Se avisa a Neurocirugía previo a su salida a planta el 23 de marzo de 2022, apareciendo que, en las últimas 24 horas (antes del traslado a planta), ha tenido episodios de presión intracraneal >20mmHG, si se mantiene catéter cerrado más de 20 minutos, que ceden con apertura del mismo y drenaje de 5-10 cc. Se deja abierto desde las 17:00 horas del 22 de marzo, con columna a 13 mmHg, drenando 10 cc/h, total últimas 24h 250 cc líquido cefalorraquídeo serohemático.

La paciente ha permanecido desorientada, aunque tranquila, la mayor parte del tiempo, sin otra repercusión.

Ingreso en planta del Servicio de Neurocirugía:

En la tarde del 23 de marzo de 2022, Enfermería avisa al neurocirujano de guardia por pico febril. A su llegada, temperatura de 38,9°C, saturación 98%, sin O₂ suplementario. Estable hemodinámicamente. GCS 14/15, verborreica, inatenta, desorientada. Sin focalidad neurológica añadida ni signos meníngeos.

Drenando aproximadamente 15 cc/hora de líquido cefalorraquídeo a 13 mmHg. Ese día, finalizaba antibioterapia (ciprofloxacino) para traqueobronquitis por *Hafnia alvei*. Últimos cultivos del 16 de marzo. Analítica de ese día con leucocitosis + neutrofilia + aumento de reactantes de fase aguda. Se solicitan hemocultivos, uroanálisis + UG, radiografía de tórax y se toma muestra para bioquímica y cultivo de líquido cefalorraquídeo.

Se comenta con Medicina Interna, quienes recomiendan cubrir con Meropeneril + Linezolid. Se deja volante para nueva analítica al día siguiente y PCR COVID- 19. Medias neumáticas de compresión.

Con fecha 24 de marzo de 2022, se pauta mantener drenaje a 13, con O a nivel del conducto auditivo externo. Pendiente cultivos por cuadro febril el día anterior.

El 25 de marzo de 2022, fiebre de 39°C. Mayor somnolencia que el día anterior, en probable relación con cuadro febril. Niega cefalea, sin náuseas ni vómitos. Obedece órdenes sencillas. Drenaje ventricular externo a 13 por encima del conducto auditivo externo. Aspecto hemático del líquido cefalorraquídeo. Bioquímica del líquido cefalorraquídeo, sin signos de infección.

PLAN:

- Se avisa a Medicina Interna para valoración.
- Pendiente de cultivos. Urocultivo negativo.
- TC de cráneo de control programado para el lunes siguiente.

Con fecha 26 de marzo de 2022, leve mejoría de nivel de conciencia respecto el día anterior. Urocultivo negativo. Pendiente de cultivo de líquido cefalorraquídeo. Mantener drenaje ventricular externo a 13 mmHg. Medias de compresión neumática.

El 27 de marzo de 2022, fluctúa el nivel de conciencia. Apertura ocular al llamado, drenaje ventricular permeable, líquido cefalorraquídeo xantocrómico. Vigilar nivel de conciencia. Se pauta TC de control.

La paciente es revisada por Medicina Interna. Afebril, último pico febril el viernes a primera hora de la tarde. Hemodinámicamente estable y respiratoriamente bien. Se revisan cultivos y se comenta con el microbiólogo de guardia, todos van negativos (el urocultivo es negativo), bajo antibioterapia empírica con meropenem + linezolid.

PLAN: se mantiene actitud. Avisar si hay fiebre de nuevo y/o empeoramiento clínico. Muy malos accesos venosos periféricos, al día siguiente se solicitará catéter central colocado por vía periférica (PICC).

Con fecha 28 de marzo de 2022, leve paresia facial derecha y dudosa paresia en el miembro inferior derecho. Se vuelve a hablar con Neurología para eco-doppler ese día, tiene TC programado para ese momento. Se pauta sueroterapia y nimodipino.

La paciente es revisada por Medicina Interna. Paciente hemodinámicamente estable. Afebril desde el viernes, aunque con febrícula 37,6 máximo. Despierta. Reactiva. Orientada. No moviliza la pierna derecha, y disminución de fuerza en miembro superior derecho, que el marido refiere que no presentaba antes. Facial derecho. Comentado con Neurocirugía, se sospecha de vasoespasmo, pautada ya sueroterapia y nimodipino. Sin cambios. Se solicita catéter central colocado por vía periférica.

Es también revisada por Neurología de guardia, Unidad de Ictus. Paciente de 63 años, actualmente ingresada en Neurología por hemorragia cerebral espontánea por malformación arteriovenosa cerebral, dependiente de PICA derecha (embolizada durante el ingreso), presenta debilidad de extremidades derechas de inicio incierto. Los médicos encargados deciden realizar TC y angioTC urgente donde se objetiva vasoespasmo severo vs oclusión gran vaso por lo que se avisa a Neurología.

A la exploración neurológica, destaca síndrome hemisférico izquierdo plus que puntúa 15, llamando la atención plejía de miembro inferior derecho, paresia grave del miembro inferior izquierdo y paresia leve del miembro superior derecho (se desconoce el estado basal de la paciente). Se realiza TC y angioTC, objetivándose vasoespasmo de ambas arterias carotídeas anteriores (ACAs) y arteria cerebral media (ACM) (división

superior) izquierda, que se confirma tras realización de angiografía. Se administra nimodipino intraarterial intracraneal.

El juicio clínico es de vasoespasmó de ambas ACAs y ACM (división superior) izquierda.

La paciente es revisada por el oftalmólogo de guardia.

A la anamnesis, discurso bastante incongruente, sin poder asegurar tiempo de evolución de la clínica visual. Paciente comenta que lleva unas 2-4 semanas con pérdida de visión por el ojo izquierdo, de instauración brusca. Sin otra clínica visual referida. Ojo izquierdo con aspecto de hemorragia subhialoidea/hemovítreo antiguo, no se visualiza papila ni parénquima retiniano en polo posterior ni periferia.

Juicio clínico: hemorragia subhialoidea en el ojo izquierdo (probable síndrome de Terson).

PLAN: se comenta caso con UCI. Dada la situación en ese momento, se proponen medidas de soporte (hidratación abundante en la medida de lo posible, mantenerse sentada o semiincorporada el máximo tiempo posible), hasta que la situación sistémica permita revisión reglada en consultas y realización de ecografía ocular; llegado ese momento, avisar a Oftalmología de guardia para tramitarlo.

En Radiología, se realiza angio-TC craneal (28 de marzo de 2022): respecto al estudio previo, existe práctica resolución de los focos de sangrado intracraneal intra o extraaxial e intraventricular (únicamente se identifica un pequeño foco de hemorragia subaracnoidea frontal derecho), con normalización del calibre del sistema ventricular, sin desviación de línea media y cisternas basales de configuración normal. Material de embolización en fosa posterior con área de malacia/gliosis perilesional en relación con secuelas del hematoma previo.

En el estudio de angio TC, que es de calidad subóptima por deficiente opacificación de arterias intracraneales, se aprecian defectos de opacificación multifocales en una rama M2 de la arteria cerebral media izquierda, en una rama M3 de la arteria cerebral media derecha y en ambas arterias carotideas anteriores, más significativo en la izquierda.

En relación con el antecedente de sangrado intracraneal, sugieren segmentos de vasoespasmo. No se identifican signos de permeabilidad de la malformación arteriovenosa embolizada. Adicionalmente, se aprecia una burbuja de neumoventrículo en el asta frontal del ventrículo cerebral derecho (no presente en el estudio basal), sugestiva de manipulación del drenaje ventricular en la máquina de TC.

Arteriografía (día +16 tras el sangrado): a las 13:29 horas, se realiza punción de la arteria femoral derecha bajo anestesia. Sedación. Se realiza cateterismo selectivo de la arteria carótida interna derecha con catéter guía balón Flow-Gate apreciando vasoespasmo significativo del segmento A1 de la arteria cerebral anterior derecha y, en menor medida, en el origen de una rama M2. Se cateteriza posteriormente la arteria cerebral interna izquierda, obteniendo series que demuestran vasoespasmo significativo del segmento A2 de la arteria cerebral anterior izquierda y en una subdivisión M2 de la arteria cerebral media y, en menor medida, en la arteria carotidea anterior derecha.

Con microcatéter Headway 17 se accede al segmento M1 de la arteria cerebral media y se inyectan 2,5 ml de nimodipino. Posteriormente se inyectan otros 7,5 ml desde el segmento cervical de la arteria cerebral anterior. Tras ello, se demuestra mejoría de todas las estenosis, con tiempos de relleno adecuados, por lo que se da por finalizado el procedimiento. Se retira introductor y se coloca AngioSeal 8F.

Ese mismo día, 28 de marzo de 2022, se realiza traslado a la UCI. Paciente ingresada en Neurocirugía desde el alta de UCI. Al parecer,

debuta con debilidad de extremidades derechas de inicio incierto (último basal noche del 27 de marzo. Inicio de la clínica 28 de marzo sin definir).

En la exploración de Neurología, destaca parálisis facial derecha, paresia del miembro superior derecho y plejia del miembro inferior derecho, con RCP extensor derecho. Al parecer, la paciente había desarrollado fiebre de 39°C en la planta, por lo que se extrajeron cultivos. En angio-TC de cráneo: vasoespasma de ambas arterias cerebrales anteriores y de la arteria cerebral media (división superior) izquierda, que se confirma tras realización de angiografía. Se administra nimodipino intrarterial intracraneal. Ingresa en UCI postprocedimiento; destaca que ha drenado 90 ml de líquido cefalorraquídeo de aspecto seroso en un tiempo indeterminado.

Neurología: consciente, orientada en espacio y persona, no en tiempo. Bradipsíquica. Oculomotores normales. Parálisis facial central. Moviliza contra gravedad ambos miembros superiores. No colabora en la exploración de miembros inferiores, con plejia del miembro inferior derecho. RCP flexor izquierdo y extensor derecho. Presión intracraneal 5 mm de Hg.

El 31 de marzo de 2022, se realiza TC craneal de control, donde se aprecia: catéter de drenaje ventricular con entrada a través de trépano frontal derecho y extremo distal en el suelo del asta frontal del ventrículo lateral derecho adyacente al Monro, identificándose pequeños focos de hemorragia intraparenquimatosa frontal superior y media derechas, alrededor de la zona de entrada del catéter.

Respecto al estudio previo, se observa un ligero aumento del tamaño ventricular supratentorial, con un diámetro transversal actual del III ventrículo de 13 mm (previo 9 mm). Pequeña burbuja de neumoencéfalo en el asta frontal del ventrículo lateral derecho y pequeña cantidad de hemorragia intraventricular en astas occipitales bilaterales. Material de embolización en línea media posterior cerebelosa. Áreas de hipodensidad

corticosubcortical cerebelosa parasagital bilateral en relación con cambios isquémicos. Pequeñas zonas de hipodensidad de la sustancia blanca subcortical frontal y parietal bilateral sugerente de isquemia crónica de pequeño vaso. Quiste de retención en seno maxilar izquierdo.

Con fecha 5 de abril de 2022, se realiza traslado a la planta de Neurocirugía. A su ingreso, presenta tendencia a presiones intracraneales elevadas, que se controla con drenaje de líquido cefalorraquídeo, que es de aspecto claro. Se inicia tratamiento con Nimodipino. No tiene ventana para realizar doppler ni dúplex transcraneal. La situación neurológica es de tendencia al sueño, bradipsíquica, adormilada, con paresia del miembro superior derecho y plejía del miembro inferior derecho. Por pico febril de 38, se extrae urocultivo, y muestra de líquido cefalorraquídeo.

Además, precisa tratamiento con cristaloides para expansión de volemia, y perfusión de Noradrenalina para elevar cifras tensionales. Progresiva mejoría neurológica con presiones intracraneales controladas, drenando 5 cc/h y recuperando progresivamente fuerza en hemicuerpo derecho. Persiste delirio, aunque impresiona de encontrarse algo más centrada. Se sienta al sillón y come por la boca.

Se ha realizado TC de control. Refiere pérdida de visión en el ojo derecho, y en ecografía ocular se encuentra hemovítreo (valorado por Oftalmología, pendiente de re-evaluación cuando la situación clínica lo permita). Afebril y sin datos analíticos de infección. Cultivos negativos o pendientes en el momento de redactar el informe. En condiciones de alta a planta para continuar evolución/tratamiento.

El 12 de abril de 2022, se realiza cirugía programada. Anestesia general e intubación orotraqueal. Apertura de incisión paraumbilical derecha, tunelización del catéter distal con apertura de incisión intermedia retroauricular. Reapertura de herida arciforme frontal derecha. Retirada de drenaje ventricular previo y colocación de nuevo catéter ventricular.

Conexión a drenaje Hakim Medos a 100mmHg, que igualmente se conecta a catéter distal. Se comprueba correcta patencia del sistema tras depresión del reservorio valvular. Introducción de catéter distal en peritoneo. Hemostasia satisfactoria. Sin incidencias.

Tras estabilización hemodinámica y clínica, la paciente regresa a la planta de Neurocirugía, donde se programa para colocación de drenaje tras varios intentos de cierre del drenaje ventricular externo sin éxito, en los que la paciente se deterioraba clínicamente. El citado día, se realiza finalmente colocación de drenaje Hakim Medos a 100 mmHg, sin incidencias.

Durante los primeros días del postoperatorio, la paciente presenta episodios de mareos y vómitos durante las movilizaciones y la deambulación, lo cual dificulta la rehabilitación. Se comprueba correcta colocación de sistema de drenaje mediante TC de cráneo y radiografía de abdomen. Progresivamente la paciente ha presentado mejoría significativa de la clínica vertiginosa, persistiendo leves alteraciones cerebelosas, como inestabilidad de la marcha, mareos y dismetría.

En ese momento, presenta buena tolerancia oral y está realizando tratamiento rehabilitador con buena tolerancia, pudiendo levantarse y deambular con ayuda. Tras la buena evolución clínica se decide alta hospitalaria con rehabilitación ambulatoria.

DIAGNÓSTICO:

- Hemorragia cerebral espontánea fosa posterior.
- Malformación arterio-venosa dependiente de la arteria cerebelosa posterior inferior derecha embolizada.
- Síndrome cerebeloso axial.

- Hidrocefalia obstructiva, por lo que se ha colocado drenaje Hakim-Medos a 100mmHg

- Traqueobronquitis por *Hafnia alvei* (resuelta).

TERCERO.- Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del expediente conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

Se incorporó al expediente la historia clínica y, en cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 79 y 81.1 de la LPAC, se aportó también el informe del Servicio de Neurología del Hospital Clínico San Carlos, de 11 de noviembre de 2022, que relata minuciosamente la asistencia sanitaria dispensada a la paciente por el referido servicio y señala, entre otras conclusiones, que *“respondiendo a las preguntas realizadas, según nuestro sistema informático, no tenemos datos de TC craneal citado el día 25 de marzo 2022. Por otro lado, una vez diagnosticada por empeoramiento neurológico (déficit neurológico focal- pérdida de fuerza, presentado el día 28/03/2022), el mismo día de forma urgente se realiza TC cerebral con contraste, arteriografía, y se procede a tratamiento endovascular necesario y a manejo médico necesario en la UCI. El último TC control realizado del día 15/03/2022 mostraba buena evolución radiológica y no datos de vasoespasmó”*.

Consta también en el expediente, a petición de la Inspección Sanitaria, el informe del jefe del Servicio de Oftalmología del centro hospitalario, de 7 de agosto de 2023, en el que describe la atención sanitaria dispensada a la paciente por el referido servicio, realiza determinadas consideraciones médicas y señala que *“el diagnóstico fue realizado precozmente de acuerdo con los tiempos medios de diagnóstico... La paciente no fue explorada ni seguida en el Servicio de Oftalmología del Hospital Clínico, tras la interconsulta en la que se realizó el diagnóstico”*.

Ha emitido también informe, sin fechar, el jefe del Servicio de Diagnóstico por Imagen del Hospital Clínico San Carlos, el cual, tras el relato de la evolución clínica de la paciente, concluye que *“con la presentación de estos hechos, queda demostrado que la afirmación realizada tanto en el punto tercero de los hechos como en el primero de responsabilidades médicas de la denuncia no tiene motivación, puesto que la reagudización clínica se presenta el día 28/3/2022 y no el día 25/3/22 y, por tanto, no ha lugar a la realización de estudios urgentes de radiodiagnóstico antes de la fecha del día 28/3/2022”*.

Posteriormente, con fecha 29 de noviembre de 2023, se emite informe por parte de la Inspección Sanitaria que, tras examinar la historia clínica, los informes emitidos en el curso del procedimiento y efectuar las oportunas consideraciones médicas, considera ajustada a la *lex artis* la atención sanitaria dispensada a la paciente en el centro sanitario implicado.

Concluida la instrucción del procedimiento, y por oficio de 12 de enero de 2024, repetido el 21 de febrero de 2024, se da traslado del expediente para alegaciones a la reclamante, quien presenta escrito el 15 de marzo de 2024, en el que reitera el contenido del escrito inicial de reclamación y señala que no cuestiona ninguna de las pruebas clínicas realizadas a la paciente durante su estancia en el Hospital Clínico San Carlos, sino la no realización de una eco-doppler indicada por el neurocirujano el 25 de marzo de 2022.

De igual modo, alega la falta de control y seguimiento por parte del Servicio de Oftalmología de la mancha de sangre que ocupaba el globo ocular izquierdo. Además, reprocha la ausencia en la farmacia del hospital del medicamento Amlodipino, lo que obligó a su esposo a adquirirlo en el exterior y, por último, y en cuanto a la falta de constancia en la historia clínica de la solicitud de la prueba radiológica pretendida, lo atribuye a un fallo de los sistemas informáticos del hospital.

Con fecha 23 de abril de 2024, el Servicio de Medicina Legal del Hospital Clínico San Carlos emite informe en el que, entre otras consideraciones ya expuestas respecto a la actuación de los diferentes servicios del hospital, indica que *“en cuanto a la información facilitada por los servicios de sistemas de información y soporte a usuarios:*

1.- Tras la revisión de las peticiones en el sistema informático, No se observa ninguna cita ni petición en el sistema HCE para la prueba de eco-doppler del día 25 de marzo de 2022”.

Además, el informe refiere que *“en cuanto al Servicio de Farmacia:*

1.- Informarle que el fármaco que tuvo prescrito la paciente fue NIMODIPINO y no amlodipino y que en ese periodo hubo algunos problemas de suministro general en toda la Comunidad de Madrid.

2.- En el caso de faltar medicación en una unidad, habitualmente se notifica la incidencia al Servicio de Farmacia, y se hace lo necesario para que a los pacientes no les falte medicación: petición de un préstamo o localización de existencias en otras unidades del hospital.

3.- En este caso, no tenemos archivada ninguna incidencia en los partes de las guardias relativa a este medicamento entre marzo y abril de 2022”.

Consta también en el expediente nuevo informe del Servicio de Radiodiagnóstico, sin fechar, indicando que *“no consta en la historia clínica del paciente que se solicitara una exploración de eco-doppler al Servicio de Radiodiagnóstico en esas fechas...No existen registros de que de que se estuvieran produciendo cambios en el sistema de información del Servicio de Radiodiagnóstico en esas fechas”.*

Como consecuencia, y por oficio de 21 de mayo de 2024, se confiere a la reclamante un nuevo trámite de audiencia, presentando escrito el 19 de

junio de 2024, en el que reitera el contenido de sus escritos anteriores y cuestiona el contenido de los nuevos informes aportados al procedimiento, que considera contradictorios.

Finalmente, con fecha 3 de julio de 2024, la viceconsejera de Sanidad y directora general del Servicio Madrileño de Salud, formula una propuesta de resolución que desestima la reclamación, al considerar que la asistencia sanitaria dispensada es conforme a la *lex artis* y el daño reclamado no resulta antijurídico.

CUARTO.- El 16 de julio de 2024, tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid solicitud de dictamen en relación con la presente reclamación de responsabilidad patrimonial.

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente al letrado vocal D. Francisco Javier Izquierdo Fabre, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 12 de septiembre de 2024.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía indeterminada, y a solicitud de la consejera de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica

Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial se regula en la LPAC, dado que este procedimiento se incoó a raíz de la reclamación formulada con posterioridad a la entrada en vigor de dicha norma.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), en cuanto es la persona que recibió la asistencia sanitaria reprochada.

En lo concerniente a la legitimación pasiva para soportar la reclamación, le corresponde a la Comunidad de Madrid, ya que el daño cuyo resarcimiento se pretende se atribuye a la asistencia prestada en un centro hospitalario integrado en la red sanitaria pública, el Hospital Clínico San Carlos.

En lo relativo al requisito temporal, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, que se contará, en caso de daños de carácter físico o psíquico, desde que el hecho aconteció o desde la curación o determinación del alcance de las secuelas (artículo 67.1 de la LPAC).

En el presente caso, la interesada reprocha una actuación sanitaria que tuvo lugar entre el 12 de marzo y el 29 de abril de 2022, fecha esta última en que la paciente recibió el alta hospitalaria, de modo que la reclamación, presentada el 25 de agosto de 2022, ha sido formulada en plazo, con independencia de la fecha de curación o de determinación de las eventuales secuelas

En cuanto al procedimiento, se ha recabado informe de los servicios de Neurología, Oftalmología y Diagnóstico por Imagen del Hospital Clínico San Carlos, implicados en el proceso asistencial de la reclamante. También han emitido informe el Servicio de Medicina Legal y la Inspección Sanitaria, posteriormente se ha dado traslado del expediente a la reclamante para alegaciones y se ha dictado la correspondiente propuesta de resolución.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido trámite alguno que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- Como es sabido, la responsabilidad patrimonial de la Administración se rige por el artículo 106.2 de la Constitución Española, a cuyo tenor: *“Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”*. El desarrollo legal de este precepto se encuentra contenido actualmente en los artículos 32 y siguientes de la LRJSP, completado con lo dispuesto en materia de procedimiento en la ya citada LPAC.

La Sentencia del Tribunal Supremo de 25 de mayo de 2016 (recurso 2396/2014) recoge lo siguiente a propósito de las características del sistema de responsabilidad patrimonial:

“(...) el art. 139 de la LRJAP y PAC, establece, en sintonía con el art. 106.2 de la CE , un sistema de responsabilidad patrimonial : a) unitario: rige para todas las Administraciones; b) general: abarca toda la actividad -por acción u omisión- derivada del funcionamiento de los servicios públicos, tanto si éstos incumben a los poderes públicos, como si son los particulares los que llevan a cabo actividades públicas que el ordenamiento jurídico considera de interés general; c) de responsabilidad directa: la Administración responde directamente, sin

perjuicio de una eventual y posterior acción de regreso contra quienes hubieran incurrido en dolo, culpa, o negligencia grave; d) objetiva, prescinde de la idea de culpa, por lo que, además de erigirse la causalidad en pilar esencial del sistema, es preciso que el daño sea la materialización de un riesgo jurídicamente relevante creado por el servicio público; y, e) tiende a la reparación integral”.

Según abundante y reiterada jurisprudencia, para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran alterar dicho nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor, y d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

La responsabilidad de la Administración es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión, siendo imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que, por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 18 de septiembre de 2017 (recurso 787/2015), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, “*en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá*

de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis, que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. Así pues, sólo en el caso de que se produzca una infracción de dicha lex artis respondería la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos por lo que deberían ser soportados por el perjudicado”.

CUARTA.- La reclamante reprocha en su escrito que el Servicio de Radiología del hospital no le realizara el 25 de marzo de 2022 la prueba radiológica que supuestamente había prescrito su neurocirujana.

La reclamación también cuestiona la actuación de la propia neurocirujana que prescribió la prueba, por cuanto, según se afirma, le correspondía comprobar, bien por sí misma o por otro facultativo designado al efecto, que la meritada prueba se había realizado en la fecha prevista.

Por otro lado, la reclamante cuestiona, de igual modo, la actuación del Servicio de Oftalmología del centro hospitalario, pues, según su escrito, cuando el Servicio de Urgencias reclamó la presencia de un oftalmólogo para que examinara la pérdida de visión de la paciente en el ojo izquierdo y controlara su evolución, nadie del citado servicio volvió a visitar a la paciente durante su estancia en la UCI.

Por último, la reclamación también reprocha que el esposo de la reclamante tuviera que adquirir él mismo, previa extensión de la correspondiente receta por parte de un neurocirujano del hospital, y ante

la falta de existencias en el propio centro, el fármaco Amlodipino, que su esposa estaba tomando.

Por tanto, en este caso, la imputación del daño al servicio público se objetiva como omisión de medios y la determinación de si se adoptaron las medidas necesarias para llegar al diagnóstico de la enfermedad y si los facultativos implicados en el proceso asistencial del paciente actuaron conforme a la *lex artis* se convierte en la cuestión a examinar.

Para evaluar la corrección de una concreta práctica médica hay que estar a la situación y síntomas del momento en que se realiza esta. Ello se traduce en que se deben aplicar a los pacientes todos los medios disponibles para su diagnóstico y tratamiento. Esta obligación de medios debe entenderse ceñida al contexto del momento y las circunstancias en que se efectúa la asistencia, es decir, a los síntomas que presenta cada paciente y a las probabilidades, en función de los mismos, de que padezca una determinada patología.

Al respecto, la Sentencia del Tribunal Supremo de 16 de marzo de 2016 (recurso de casación 2228/2014) destaca que *“la asistencia sanitaria es una obligación de medios y no de resultados, de modo que no puede apreciarse responsabilidad cuando se han empleado las técnicas y los instrumentos de que se dispone. Y es precisamente lo acaecido en este caso, en el que se han ido poniendo los medios adecuados, realizando pruebas diagnósticas, acordes con lo que sugerían, desde el punto de vista médico, las diferentes dolencias del recurrente”*.

Por su parte, el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en su sentencia de 9 de marzo de 2017 (núm. de recurso 203/2014), manifestó que *“en lo que específicamente se refiere al diagnóstico de las enfermedades que los pacientes padecen, la garantía de medios comporta que se utilicen los medios disponibles coherentemente con los síntomas y signos que presenten, y con la información relevante que faciliten”*.

Además, lo que procede es un empleo de medios ordinarios y diligencia para cerciorarse de los diagnósticos que se sospechen, sin que se exija la realización de todas las pruebas diagnósticas que pudieran llevarse a cabo, sino las adecuadas a los síntomas que presente el paciente, para su correcto tratamiento inmediato, derivación o seguimiento. En este punto cabe traer a colación lo expresado en la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 28 de abril de 2017 (recurso 133/2014) cuando señala que *“los servicios médicos sanitarios públicos actúan y proponen medios diagnósticos a la vista de los síntomas que los pacientes refieren, pues no es admisible que quien entra en el Servicio de Urgencias o en otras dependencias agoten sin más indicios todas las múltiples pruebas diagnósticas y múltiples patologías sin que los síntomas que se tengan exijan su realización”*.

Para determinar la supuesta infracción de la *lex artis* debemos partir de la regla general de que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido se ha pronunciado la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de junio de 2017 (recurso 909/2014), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

Es, por tanto, la reclamante quien han de probar mediante medios idóneos que la asistencia prestada no fue conforme a la *lex artis*, entendiendo por medios probatorios idóneos según la Sentencia de 15 de noviembre de 2018 del Tribunal Superior de Madrid (recurso: 462/2017) *“los informes periciales e informes técnicos incorporados a los autos y al expediente administrativo, pues se está ante una cuestión eminentemente técnica y en los cuales necesariamente debe apoyarse el tribunal a la hora de resolver las cuestiones planteadas”*.

Pues bien, en este caso la reclamante no ha incorporado al procedimiento ningún tipo de acreditación de que la atención que le fue dispensada fuera incorrecta o inadecuada, sin que sirvan a este propósito las afirmaciones contenidas en el escrito de reclamación, en el que la

reclamante individualiza sus reproches en la persona de uno de los facultativos que le atendió (una neurocirujana), pero sin sustento probatorio alguno. Ante esta falta de esfuerzo probatorio, los informes de los servicios que intervinieron en la asistencia sanitaria prestada a la paciente y, especialmente, el informe de la Inspección Sanitaria, sostienen que la atención dispensada fue conforme a la *lex artis*, que la prueba radiológica cuya falta de realización reclama la interesada no consta como solicitada en su historia clínica y que los diferentes facultativos que la atendieron mantuvieron la actitud terapéutica adecuada ante la gravedad del cuadro clínico que presentaba la paciente.

En este punto, cabe recordar que, como destaca la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 26 de abril de 2018 (recurso 75/2017): *“La fase de diagnóstico es una de las más importantes y difíciles de la práctica médica a la que se llega después de un proceso de aproximaciones sucesivas que requiere del examen de la historia clínica, la exploración física y las pruebas complementarias pertinentes al caso y que se efectúan progresivamente para llegar al diagnóstico concreto. Se trata de un proceso complejo en el que intervienen muchos factores y en sus primeras fases resulta difícil poder hablar de un error, dado que determinadas sintomatologías pueden sugerir diversas patologías que deben ser, o no, descartadas. No obstante, lo anterior, respecto al error de diagnóstico es importante advertir que para que este sea generador de responsabilidad es necesario que atendidas las circunstancias del caso y en particular el estado de conocimiento de la ciencia en el momento de producirse el evento lesivo, pueda afirmarse que resultaba factible para el servicio sanitario realizar dicho diagnóstico y que el mismo, de haberse realizado, posibilitara alguna oportunidad de curación. En definitiva, es necesario que la falta de diagnóstico, o bien su error o su retraso sea imputable a la Administración y por ello sea determinante de la lesión del derecho del paciente a un diagnóstico correcto en tiempo oportuno”*.

Al respecto, es preciso destacar que, si bien la reclamante en su escrito reprocha que no se le hubiera realizado el 25 de marzo de 2022 la prueba radiológica que supuestamente prescribió la neurocirujana que la atendió, el informe de la Inspección Sanitaria, y en el mismo sentido se manifiesta, como veíamos, el informe del Servicio de Medicina Legal del centro hospitalario, refiere expresamente que *“no aparecen datos de ninguna petición de prueba diagnóstica de imagen del 25-03-2022, como refiere el marido de la paciente que le dijo una persona que se identificó como neurocirujana. Al no existir esa petición, no puede responsabilizarse al Servicio de Radiología de ninguna ausencia o retraso en la atención. No es posible conocer si se realizó la solicitud, o no. De hacerse, no se habría hecho correctamente, pero no se puede conocer la realidad”*.

Así, si bien la reclamante alude a la existencia de un supuesto problema informático que impediría la constancia de la solicitud, el Servicio de Medicina Legal refiere en su informe que *“tras la revisión de las peticiones en el sistema informático, no se observa ninguna cita ni petición en el sistema HCE para la prueba de eco-doppler del día 25 de marzo de 2022”*. En el mismo sentido, la Inspección Sanitaria señala que *“aunque, en ese periodo, se estaba produciendo un cambio en el sistema informático en el HCSC, aparte de la solicitud, debería reflejarse en las notas del sistema, lo que no ocurre”*.

En consecuencia, no constando la correspondiente solicitud de la prueba, no cabe tampoco atribuir una supuesta responsabilidad a un concreto facultativo por su actuación posterior, pues, en palabras de la Inspección Sanitaria, *“desde el momento que no aparece, ni la solicitud de prueba, ni la anotación pertinente, no es posible realizar un seguimiento. Además, una solicitud de prueba puede ser urgente (inmediata o diferida), preferente o sin estos condicionantes. Solo una urgencia inmediata implica su realización en el día, o fin de semana”*.

Además, la propia evolución clínica de la paciente descarta la necesidad de realizar la prueba de forma perentoria en la citada fecha, 25

de marzo de 2022, pues no es hasta la tarde del 27 de marzo de 2022 cuando la paciente comenzó a presentar los síntomas propios de un vasoespasmó, de modo que no puede hablarse de un retraso en el correspondiente diagnóstico.

Por otro lado, en cuanto a la intervención del Servicio de Oftalmología del Hospital Clínico San Carlos, la reclamante reprocha, tal y como ya indicábamos, que, cuando el Servicio de Urgencias reclamó la presencia de un oftalmólogo para que examinara la pérdida de visión de la paciente en el ojo izquierdo y controlara su evolución, nadie del citado servicio volvió a visitarla durante su estancia en la UCI.

Frente a tal aseveración, cabe reseñar que, en todo caso, la intervención de dicho servicio se realizó a través de una interconsulta, no de una derivación y, por ello, la Inspección Sanitaria aclara en su informe que *“la interconsulta es una solicitud, de un servicio clínico a otro, para que se revise un problema, o patología, pero manteniéndose la atención en el servicio solicitante. Se realizan tantas interconsultas como el servicio donde se está prestando la asistencia, considere necesario.*

En este caso, se realizó el diagnóstico del hemovítreo (hemorragia subhialoidea ojo izquierdo (probable síndrome de Terson)) y se indicaron las medidas a tomar, cuando la paciente estuviera en condiciones, por lo que la actuación del Servicio de Oftalmología fue correcta”.

En efecto, cabe reseñar que el diagnóstico se realizó el 3 de abril de 2022, de acuerdo con los tiempos medios de diagnóstico, pero la gravedad de la situación basal de la paciente demandaba una actuación expectante en cuanto a su patología ocular, máxime tomando en consideración, como señala el informe del Servicio de Oftalmología del Hospital Clínico San Carlos que *“...en la mayor parte de los casos las hemorragias se reabsorben espontáneamente en un plazo de 19 meses...No hay ningún beneficio*

demostrado en la realización de una cirugía (vitrectomía) para la eliminación de la hemorragia antes de los 3 meses”.

Además, a todo ello cabe añadir que, como recoge el propio escrito de reclamación, y así se deriva también de las notas de Atención Primaria que figuran en el expediente, la reclamante ha preferido acudir a la sanidad privada para el tratamiento de su patología oftalmológica.

Por último, y en cuanto al hecho de que el esposo de la reclamante tuviera que adquirir él mismo, ante la falta de existencias en el propio centro, el fármaco Amlodipino, que su esposa estaba tomando, el Servicio de Medicina Legal del centro hospitalario explica que *“el fármaco que tuvo prescrito la paciente fue nimodipino y no amlodipino y que en ese periodo hubo algunos problemas de suministro general en toda la Comunidad de Madrid...en el caso de faltar medicación en una unidad, habitualmente se notifica la incidencia al Servicio de Farmacia, y se hace lo necesario para que a los pacientes no les falte medicación: petición de un préstamo o localización de existencias en otras unidades del hospital”*, si bien, también la Inspección Sanitaria refiere que *“es cierto que existe un procedimiento para esas adquisiciones, pero suele ser bastante más lento, por lo que no es excepcional (tampoco habitual) que haya casos en los que se recurra a esa forma de compra”*.

Ahora bien, la vía para reclamar tal desembolso no es la responsabilidad patrimonial sino, como también indica la Inspección, *“(con independencia de la queja correspondiente al hospital) ...la solicitud de reintegro de gastos de farmacia”*.

Todo lo expuesto lleva a la propia Inspección Sanitaria a señalar que, con respecto a esta paciente en concreto, *“debe mencionarse que su patología de base (hemorragia intracraneal) fue tan grave que la menor preocupación era su situación visual. Lo fundamental era intentar preservar la vida de la paciente, lo que no se pudo conseguir, con buenas posibilidades, hasta la recuperación de la segunda cirugía (ocurrída en el*

segundo (y último) periodo en planta de Neurocirugía)” concluyendo que “la atención recibida se ajusta a la práctica habitual en relación con la patología presentada”.

Conclusión a las que debemos atenernos dado que el informe de la Inspección Sanitaria obedece a criterios de imparcialidad, objetividad y profesionalidad, como ha puesto de manifiesto el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en multitud de sentencias, entre ellas la dictada el 22 de junio de 2017 (recurso 1405/2012):

“...sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis, puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del médico inspector, y de la coherencia y motivación de su informe”.

En mérito a cuanto antecede, esta Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación presentada, al no haberse acreditado la existencia de mala praxis en la atención dispensada a la paciente en el Hospital Clínico San Carlos.

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 esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 12 de septiembre de 2024

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 525/24

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid