

Dictamen nº: **1/12**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **11.01.12**

DICTAMEN de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, emitido por unanimidad, en su sesión de 11 de enero de 2012, sobre expediente de responsabilidad patrimonial instruido a nombre de M.A.C.G.S., al amparo del artículo 13.1.f) 1.º de la Ley 6/2007, de 21 de diciembre, de creación del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, en solicitud de indemnización económica, por retraso de diagnóstico de infarto cerebeloso en el Hospital Universitario Severo Ochoa de Leganés.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El día 1 de diciembre de 2011 tuvo entrada en el registro del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid solicitud de dictamen firmada por el consejero de Sanidad el día 18 de noviembre de 2011, referida al expediente de responsabilidad patrimonial aludido en el encabezamiento.

A dicho expediente se le asignó el número 772/11, comenzando el día señalado el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 34.1 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por Decreto 26/2008, de 10 de abril, del Consejo de Gobierno.

La ponencia ha correspondido, por reparto de asuntos, a la Sección I, cuyo presidente, el Excmo. Sr. D. Jesús Galera Sanz, firmó la oportuna propuesta de dictamen, la cual fue deliberada y aprobada por unanimidad por la Comisión Permanente del Consejo Consultivo, en sesión celebrada el día 11 de enero de 2012.

SEGUNDO.- El expediente de responsabilidad patrimonial remitido tiene su origen en la reclamación formulada por J.J.I., en nombre y representación de M.A.C.G.S. registrada de entrada en la Comunidad de Madrid el 5 de noviembre de 2010 (folios 1 a 25 del expediente).

Según el reclamante, el 6 de noviembre de 2009, a primeras horas de la mañana, después de levantarse, se le presentó un cuadro clínico de cefalea brusca e intensa, con vértigos y vómitos, que le llegaron a producir la caída al suelo, con sensación de giro de su propio cuerpo. Ante dicha sintomatología, fue trasladado al Servicio de Urgencias del Hospital Severo Ochoa de Leganés, donde tras la práctica de las oportunas pruebas analíticas, entre ellas un TAC craneal, fue diagnosticado de “*Vértigo periférico e Hipopotoremia*”, siendo dado de alta el 7 de noviembre de 2009, sobre las 14,00 horas, por encontrarse “*estable con mejoría*”, informándole que los mareos le durarían unos siete días, por lo que no debía preocuparse por ello.

A continuación, el interesado señala que persistieron los mareos durante varios días, por lo que acudió a su médico de medicina familiar, la Doctora I. en el Centro de Salud Público M. Jesús Hereza de Leganés, quién con sólo examinar el informe del TAC craneal que le había sido realizado en el Hospital antes referido, “*se asustó de la situación, informándole que estaba corriendo un grave riesgo*”.

Continuado con el relato fáctico de su reclamación, el interesado señala que, como quiera que el cuadro de vértigos y mareos no le desaparecían, el

día 18 de noviembre de 2009, a petición propia, y por ser también afiliado al ISFAS (sanidad militar), fue ingresado en el Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla de Madrid, siendo atendido en primer lugar por el Servicio de Otorrinolaringología, donde tras la práctica de nuevas analíticas, se descartó el origen periférico de los vértigos que le fueron diagnosticados en el Hospital Severo Ochoa de Leganés. Según el reclamante posteriormente fue examinado por el Servicio de Neurología del mencionado Hospital, practicándole TAC-cerebral que objetivó “*Infartos antiguo fronto-parietales izquierdos*” y una resonancia magnética encefálica que diagnosticó “*lesiones en forma de pequeños quistes porencefálicos con espacios peri-vasculares dilatados en sustancia blanca del lóbulo frontal izquierdo y sustancia blanca cerebral profunda de ambos hemisferios, así como un infarto cerebeloso derecho en forma de cuña*” siendo diagnosticado de “*Infarto Cerebeloso Derecho*”, pautándole de forma inmediata el oportuno tratamiento para dicha dolencia. Según refiere el reclamante “*los facultativos que lo atendieron en dicho Hospital, le informaron que la dolencia diagnosticada era clara, que su vida había corrido un grave riesgo, y que los tres días siguientes a la aparición del primer síntoma de mareos y vértigos, habían sido muy esenciales para una adecuada terapia de la dolencia diagnosticada*”.

El reclamante señala que ha encargado la elaboración de un Informe Médico Pericial al Dr. M.P.R.C., especialista en Medicina Legal y Forense, quien en fecha 26 de octubre de 2010, ha elaborado un estudio preliminar del mismo, en el que hace constar que: “*El diagnóstico de infarto cerebeloso derecho debió realizarse en su primer ingreso en Urgencias del Hospital Severo Ochoa de Leganés, dado que la clínica de cefaleas, mareos, vómitos, inestabilidad con aumento de la base sustentación, etc, persistió desde aquella mañana del 6-11-2009, con plena continuidad sintomática, hasta su diagnóstico en el Hospital del Gómez Ulla de Madrid. En este sentido el diagnóstico de “vértigo periférico” fue erróneo e incluso*

descartado posteriormente en el “Gómez Ulla”. Es de todo reprochable que en el Servicio de Urgencias del Hospital Severo Ochoa de Leganés, no se hubiese ingresado al paciente para su estudio, tanto el Servicio de ORL como de Neurología que hubiesen llegado al diagnóstico definitivo de “infarto cerebeloso derecho de origen tromboembólico” y descartado el de “Vértigo periférico”: De esta manera se hubiese tratado a tiempo el trombo-embolismo causante del referido infarto cerebeloso y se hubiese evitado o minimizado las secuelas padecidas por el paciente en la actualidad”.

En virtud de todo lo expuesto, el reclamante considera que está afectado por unas graves secuelas irreversibles, derivadas de la inadecuada asistencia médica recibida procedente del Hospital Severo Ochoa de Leganés, que ha sido contraria a la *lex artis*, pues a la vista de la sintomatología que presentaba cuando ingresó en el citado Hospital (cuadro vertiginoso con mareos), y del resultado del TAC craneal que le fue practicado, en su opinión, resultaba evidente la dolencia cerebral de origen isquémico que padecía, sin que le fuera pautado el tratamiento adecuado. Por ello solicita que se le indemnice en la cantidad resultante de la valoración del perjuicio personal causado, que según el reclamante presentará en escrito ampliatorio, cuando sea definitivamente evaluado de los daños y perjuicios causados a consecuencia del mal o anormal funcionamiento de los servicios públicos.

TERCERO.- Presentada la reclamación anterior, por el Servicio Madrileño de Salud se acuerda el inicio del procedimiento de responsabilidad patrimonial al amparo de lo establecido en el título X de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Pùblicas y el Procedimiento Administrativo Común (en adelante, LRJAP-PAC) y 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 (en adelante RPRP). Mediante escrito notificado al reclamante el día 15 de diciembre de 2010, se le requiere para que de conformidad con lo dispuesto en el artículo 6 del RPRP, concrete la cuantía económica solicitada o los criterios en base a los cuales pretende sea fijada. Este requerimiento es atendido por el reclamante mediante escrito registrado de entrada el día 10 de febrero de 2011, en el que concreta la cantidad reclamada en 295.102,77 euros, y acompaña informe médico pericial elaborado por un médico especialista en medicina legal y forense fechado el 26 de enero de 2011.

Se ha incorporado al expediente la historia clínica ambulatoria del paciente remitida por el Hospital Severo Ochoa de Leganés y por el Centro de Salud M. Jesús Hereza.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 10 del RPRP, se ha recabado el informe preceptivo del Servicio médico afectado. Así se ha incorporado al expediente el informe de 30 de noviembre de 2010 del jefe de la Unidad de Urgencias Generales del Hospital Universitario Severo Ochoa (folios 48 a 50) y el informe de 2 de diciembre de 2010 del jefe del Servicio de Radiología del referido hospital (folio 52). Se ha incorporado también al expediente el informe elaborado por la Inspección Sanitaria el 5 de junio de 2011.

Igualmente se ha evacuado el oportuno trámite de audiencia al reclamante el día 1 de agosto de 2011, tal y como establecen los artículos 84 de la LRJAP-PAC y 11 del RPRP. Dentro del plazo conferido al efecto, el reclamante formuló alegaciones en las que además de ratificar las ya emitidas en su primer escrito, reprocha la no realización de una RNM, que en su opinión, era necesaria y recomendable ante la clínica que presentaba.

Finalmente, por la viceconsejera de Asistencia Sanitaria –por delegación en la secretaría general del Servicio Madrileño de Salud, según Resolución 26/2010, de 28 de julio– se dictó propuesta de resolución en fecha 16 de noviembre de 2011, en la que se desestima la reclamación indemnizatoria presentada.

CUARTO.-Del examen de la historia clínica del paciente y restante documentación médica obrante en el expediente se extraen los siguientes hechos, que se consideran de interés para la emisión del dictamen, admitiéndose en lo sustancial los consignados en la propuesta de resolución:

El paciente de 56 años de edad en el momento de los hechos es atendido en su domicilio el 6 de noviembre de 2009 por el SUMMA 112 por mareos con vómitos, sudoración y palidez. Se emite el juicio diagnóstico de posible vértigo periférico benigno. Se pauta tratamiento con primperán y se deriva al hospital para valoración y tratamiento.

Ese mismo día el reclamante ingresa en el Servicio de Urgencias del Hospital Severo Ochoa de Leganés. En la exploración el paciente está consciente, somnoliento con palidez cutáneo-mucosa. Se realiza TAC craneal sin CIV. Según el informe del Servicio de Radioagnóstico “*en el estudio no se visualizan alteraciones de las densidades cerebrales salvo una imagen hipodensa redondeada de aproximadamente 9 mm de diámetro medial a la cisura de Silvio en el hemisferio izquierdo que por el aspecto redondeado y la baja atenuación es compatible con quiste en la cisura coroidea, podría tratarse también de un área isquémica antigua. En localización frontoparietal izquierda en localización subcortical se observa una zona de densidades heterogénea con áreas de muy baja atenuación compatible con área isquémica subaguda o crónica. No se observan sangrados ni efectos de masa...*”.

Se emite el juicio clínico de “*Vértigo periférico. Hipocaliemia*”. El paciente permanece en observación y se pauta analítica y ECG.

El día 7 de noviembre de 2009, el reclamante permanece estable con mejoría clínica evidente. En la exploración neurológica presenta nistagmus rápido hacia la derecha; resto sin focalidad. Se pauta tratamiento con doginatil y control por médico de atención primaria.

El reclamante acude el día 9 de noviembre de 2009 a su médico de atención primaria en el Centro de Salud M. Jesús Hereza. Se anota en la historia clínica del Centro de Salud correspondiente a ese día que “*el día 6 fue al HSO por cefalea y vértigo. Nistagmus rápido hacia la derecha. Resto exp. neurológica sin focalidad. TAC craneal: imagen hipodensa redondeada en hemisferio izdo. (isquemia antigua?). Quiste cisura coroidea, Objetivan hiponatremia. Prescripción: Dogmatil 50mgr. IT-mareo cinético*

El día 12 de noviembre de 2009 el médico de atención primaria anota que “*ha llamado por teléfono la esposa. Tiene la hemicara izda. acorchaada, no tolera medicación y está vomitando. Se indica ir al HSO*”.

El día 18 de noviembre de 2009, el reclamante ingresa en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. El paciente refiere síndrome vertiginoso con giro de su cuerpo y vómitos desde el 6 de noviembre de 2009. Al ingreso presenta la clínica anterior y cefalea difusa acompañada de parestesias en hemicara izquierdo. No refiere acúferos. Hipoacusia crónica que no ha aumentado. Dolor a nivel de zona de gemelos de lado izquierdo. Tras la oportuna exploración física y práctica de pruebas complementarias se emite el juicio clínico de “*Neuronitis vestibular*” y se pauta revisión en consultas externas de ORL en 15 días.

El día 27 de noviembre de 2009 el reclamante ingresa en el Servicio de Neurología del Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla procedente del

Servicio de Otorrinolaringología para estudio de cuadro vertiginoso. El paciente refiere mareo intenso e inestabilidad de aproximadamente 20 días de evolución acompañado de náuseas, vómitos y síntomas vegetativos, sin giro de objetos. En el estudio realizado por Servicio de ORL se evidencia lesión de tipo isquémico en hemisferio cerebeloso derecho en RMN y se descarta origen periférico del cuadro vertiginoso por lo que es trasladado al Servicio de Neurología para completar estudio. El TAC craneal muestra lesiones isquémicas crónicas frontoparietales izquierdas. Mastoiditis crónica bilateral. En la RM encefálica se aprecian lesiones isquémicas encefálicas múltiples en sustancia blanca del lóbulo frontal izquierdo, en sustancia blanca cerebral profunda y en ambos hemisferios cerebelosos. En hemisferio cerebeloso derecho se observa hiperintensidad que probablemente representa pequeño infarto cortical. Los hallazgos descritos sugieren la existencia de microangiopatía y/o importantes factores de riesgo vascular.

Durante el ingreso el paciente permanece estable hemodinámicamente y sin complicaciones. Persiste sensación de mareo inespecífico y de inestabilidad que va mejorando progresivamente, desaparece la clínica vegetativa. En los estudios de neuroimagen se confirma la existencia de infarto cerebeloso derecho y en los potenciales evocados se evidencia lesión de vía auditiva troncoencefálica. Se completa estudio cardiológico descartándose patología cardiovascular asociada.

El reclamante es dado de alta el 4 de diciembre de 2009 con el juicio clínico de infarto cerebeloso derecho.

El día 15 de julio de 2010 se emite informe por el Servicio de Rehabilitación del Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla en el que se indica que *"M.A.C.G.S., está siendo visto y tratado en este Servicio desde el 15-2-2010. Se trata de un paciente de 56 años con antecedentes de hipotiroidismo (tratamiento hormonal) e HTA, que el 06-11-09,*

sufrió un cuadro brusco de pérdida de equilibrio mareo. Se le practican estudios de diagnósticos por la imagen que objetivan la existencia de un infarto cerebeloso derecho de origen trombótico.

Ha hecho tratamiento destinado a mejorar el equilibrio y la coordinación, aunque actualmente sigue presentando marcadas alteraciones del equilibrio y de la marcha (marcha atáxica), que se acompañan de referencias a déficits campimétricos y referencias también a pérdida/dificultad en la atención/concentración.

Está a espera de revisión por RM, siendo evidente que sus secuelas van a suponer una incapacidad permanente”.

Con fecha 15 de noviembre de 2010 el INSS califica al reclamante en situación de incapacidad permanente en grado de absoluta.

A los hechos anteriores, les son de aplicación 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 caso que nos ocupa, la reclamación patrimonial presentada se ha cifrado por el reclamante en 295.102,77 euros, por lo que resulta preceptivo el dictamen del Consejo Consultivo.

El dictamen ha sido recabado de órgano legitimado para ello –el consejero de Sanidad–, a tenor del artículo 14.1 de la misma Ley.

La competencia para resolver los procedimientos sobre responsabilidad patrimonial corresponde al consejero de Sanidad, en virtud de lo establecido en el artículo 55.2 de la Ley 1/1983, de 13 de diciembre, de Gobierno y Administración de la Comunidad de Madrid. La tramitación incumbía antes al director general del Servicio Madrileño de Salud según el artículo 27.2.h) del Decreto 14/2005, de 27 enero, si bien tales competencias de tramitación han sido atribuidas al viceconsejero de Asistencia Sanitaria, por el artículo 23.2.i) del Decreto 24/2008, de 3 de abril.

SEGUNDA.- El reclamante solicita indemnización por los daños y perjuicios que se le han causado por los hechos descritos en los antecedentes de hecho, concurriendo en el la condición de interesado, exigida por mor de los artículos 31 y 139.1 de la LRJAP-PAC.

La legitimación pasiva resulta indiscutible que corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado por personal médico integrado dentro de la red sanitaria pública madrileña.

El plazo para el ejercicio de la acción, es de un año, contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo (cfr. artículo 142.5 de la LRJAP-PAC). En el caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo se contará “*desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas*”, lo que equivale a decir que el plazo prescriptivo empieza a correr desde que se tenga

conocimiento cabal del daño realmente sufrido, y de su alcance y consecuencias, lo que constituye una aplicación de la teoría de la «*actio nata*», recogida en el artículo 1969 del Código Civil («*actioni nondum natae, non prescribitur*»).

En el presente caso, el interesado ejercita la acción de reclamación el día 5 de noviembre de 2010 por un retraso en el diagnóstico del infarto cerebeloso derecho que se produjo el día 27 de noviembre de 2009, por lo que debe estimarse ejercitada la acción en plazo legal.

TERCERA.- En la tramitación del procedimiento, se han seguido los trámites legales y reglamentarios. Dicho procedimiento para la tramitación de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 35 del Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid, aprobado por Ley Orgánica 3/1983, de 25 de febrero, y artículo 55 de la Ley 1/1983, de 13 de diciembre, de Gobierno y Administración de la Comunidad de Madrid, se encuentra regulado en el título X de la LRJAP-PAC (artículos 139 y siguientes), desarrollado en el citado RPRP.

A este procedimiento se encuentran sujetas, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJAP-PAC (en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero) y la disposición adicional primera del RPRP, 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.

Como se dijo *supra*, se ha recabado y evacuado informe de los servicios médicos afectados, cuya preceptividad resulta del artículo 10.1 del RPRP. Igualmente se ha recabado y evacuado el informe de la Inspección sanitaria.

Asimismo, se ha dado trámite de audiencia al interesado, de conformidad con los artículos 84 de la LRJAP-PAC y 11 del RPRP

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

CUARTA.- El instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración se reconoce en el artículo 106.2 de la Constitución Española de 1978, desarrollado por los artículos 139 y siguientes de la LRJAP-PAC, y supone el reconocimiento del derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos.

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. La STS (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 6^a) de 5 de junio de 1998 (RJ 1998\5169), se pronunció al respecto del carácter objetivo de la responsabilidad de la Administración, previniendo frente al riesgo de erigir

dicho principio de responsabilidad objetiva en un sistema providencialista que llevaría a la Administración a responder de cualesquiera daños que se produjesen como consecuencia del funcionamiento de un servicio público o de la utilización de bienes de titularidad pública, sin exigir la presencia de ese nexo causal de todo punto imprescindible para la apreciación de dicha responsabilidad. El fundamento primero de dicha Sentencia se pronunciaba en los siguientes aclaratorios términos: “*(...) esta Sala ha declarado reiteradamente que no es acorde con el principio de responsabilidad objetiva, recogida en los artículos 40.1 de la Ley de Régimen Jurídico de la Administración del Estado y 139.1 de la vigente de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común de 26 de noviembre de 1992,, la generalización de dicha responsabilidad más allá del principio de causalidad, aun en forma mediata, indirecta o concurrente, de manera que, para que exista aquélla, es imprescindible la existencia de nexo causal entre la actuación de la Administración y el resultado lesivo o dañoso producido, que en este caso, como ha declarado la sentencia de instancia, no puede apreciarse ya que la socialización de riesgos que justifica la responsabilidad objetiva de la Administración cuando actúa al servicio de los intereses generales no permite extender dicha responsabilidad hasta cubrir cualquier evento por el mero hecho de que se produzca dentro de sus instalaciones cuando ni éstas constituyen un riesgo en si mismas ni sus características arquitectónicas implican la creación de tal situación de riesgo ni, mucho menos, se ha acreditado que el accidente lesivo se haya producido por un defecto en la conservación, cuidado o funcionamiento de éstos, de tal manera que el hecho causal causante del accidente es ajeno por completo al actuar de la Administración y en consecuencia ninguna relación existe entre el resultado lesivo y el funcionamiento normal o anormal del servicio público, ni de manera directa ni indirecta, inmediata o mediata, exclusiva ni concurrente.*

La prestación por la Administración de un determinado servicio público y la titularidad por parte de aquélla de la infraestructura material para su prestación no implica que el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva de las Administraciones Públicas convierta a éstas en aseguradoras universales de todos los riesgos con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados que pueda producirse con independencia del actuar administrativo, porque de lo contrario, como pretende el recurrente, se transformaría aquél en un sistema providencialista no contemplado en nuestro ordenamiento jurídico”.

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, es que se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios, siendo fundamental para determinar la responsabilidad, no sólo la existencia de lesión, en el sentido de daño antijurídico, sino también la infracción de ese criterio básico, siendo obligación del profesional sanitario prestar la debida asistencia y no garantizar, en todo caso, el resultado.

Además, en materia de daños causados como consecuencia de la prestación de asistencia sanitaria, es también doctrina jurisprudencial reiterada, por todas las sentencias de 20 de marzo de 2007 (recurso 6/7915/03), 7 de marzo de 2007 (recurso 6/5286/03), 16 de marzo de 2005 (recurso 6/3149/01) que “*a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente*”, por lo que no cabe apreciar responsabilidad sólo por la

producción de un resultado dañoso, debiendo éste reunir además la condición de antijurídico.

Como antes se dijo, en el caso de la responsabilidad patrimonial de la Administración, nos hallamos en presencia de una responsabilidad objetiva, en el ámbito de la cual la jurisprudencia se ha encargado de ir perfilando los caracteres y requisitos que ha de reunir para poder apreciar o no su concurrencia. Así, si la actuación de los servicios públicos sanitarios no puede garantizar siempre un resultado favorable a la salud del paciente, por razones obvias, se hace necesario establecer un requisito adicional que nos permita diferenciar los casos en que debe responder la Administración Sanitaria, de aquellos otros en los que se ha de considerar que el daño no es antijurídico y que no procede de la actuación administrativa, sino de la evolución de la propia patología del enfermo. Este requisito, que se debe a la jurisprudencia y a la doctrina, sirve para establecer un límite razonable a la aplicación rigurosa del carácter objetivo de la responsabilidad, evitando así el riesgo de llegar a un estado providencialista que convierta a la Administración Sanitaria en una especie de aseguradora universal de cualquier resultado lesivo.

Pues bien, este requisito adicional y específico en materia sanitaria, no es otro que la infracción de la *lex artis*, basado en que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, de tal forma que los profesionales de la salud están obligados a prestar la atención sanitaria a los enfermos mediante la adopción de cuantas medidas diagnósticas y terapéuticas conozca la ciencia médica y se hallen a su alcance, no comprometiéndose en ningún caso a la obtención de un resultado satisfactorio, por ser contrario tanto a la naturaleza humana como a las limitaciones de su arte y ciencia. Esto es, si la prestación sanitaria es correcta y con arreglo a los conocimientos y prácticas de la ciencia médica,

se dirá que la actuación médica se ha ajustado a la *lex artis*, sin que nazca entonces responsabilidad alguna.

En este sentido, el Tribunal Supremo ha declarado que la responsabilidad surge del carácter inadecuado de la prestación médica dispensada, lo que ocurre cuando “*no se realizan las funciones que las técnicas de la salud aconsejan y emplean como usuales, en aplicación de la deontología médica y del sentido común humanitario*” (*vid. STS de 14 de diciembre de 1990, 5 y 8 de febrero de 1991, 10 de mayo y 27 de noviembre de 1993, 9 de marzo de 1998, y 10 de octubre de 2000*), a lo que hay que añadir que “*la violación de la lex artis es imprescindible para decretar la responsabilidad de la Administración, no siendo suficiente la relación de causa efecto entre la actividad médica y el resultado dañoso, pues el perjuicio acaecido, pese al correcto empleo de la lex artis, implica que el mismo no se ha podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento*” (*STS de 14 de octubre de 2002*).

Y a mayor abundamiento, la STS de 25 de abril de 2002 (Sala de lo Contencioso-Administrativo), es concluyente al establecer que el posible resultado dañoso no puede calificarse como antijurídico cuando la atención médica es prestada con corrección desde el punto de vista técnico-científico, añadiendo que “*prestada la asistencia sanitaria con arreglo a la regla de la buena praxis desde el punto de vista científico, la consecuencia de la enfermedad o el padecimiento objeto de atención sanitaria no son imputables a la actuación administrativa y por lo tanto no pueden tener la consideración de antijurídicas*”.

QUINTA.- Para centrar la cuestión relativa a la supuesta infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales que atendieron al paciente, debemos partir de que, en las reclamaciones de responsabilidad patrimonial por asistencia sanitaria, es al reclamante al que incumbe la carga de la

prueba. Así lo proclama la jurisprudencia, de la que sirve como exponente la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid núm. 1707/2008, de 17 de septiembre, que desplaza la carga de la prueba en estos casos sobre quien reclama. La Sentencia citada argumenta en los siguientes términos: “*(...) las obligaciones exigibles a los servicios médicos en relación con prestaciones como las examinadas en este expediente son obligaciones de medios y no de resultado. Corresponde al reclamante la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia se alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la lex artis médica y que ésta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama*”.

En el supuesto sometido a consulta, el reclamante reprocha a la Administración una deficiente asistencia sanitaria, por retraso en el diagnóstico de infarto cerebeloso, al que anuda las secuelas que padece en una relación de causa-efecto. Sin embargo, el interesado no ha acreditado que, en efecto, la asistencia dispensada fuera incorrecta o contraria a las exigencias derivadas de la *lex artis ad hoc*, como debería haber hecho, en aplicación de la jurisprudencia acabada de mencionar.

El examen de la historia clínica y del resto de los informes incorporados en el expediente no permite concluir que la actuación de los facultativos en la asistencia que dispensaron al reclamante, contraviniere los dictados de la *lex artis ad hoc*, sino que, por el contrario, procedieron en todo momento con la diligencia debida. En efecto, consta en el expediente el informe médico pericial emitido por la Inspección Sanitaria que junto con los datos que obran en la historia clínica y los informes emitidos por los servicios médicos implicados en el proceso asistencial del reclamante nos permite concluir que la asistencia prestada al paciente fue correcta según la praxis médica.

En efecto, frente a la alegación del reclamante de infracción de la *lex artis ad hoc* en la asistencia dispensada en el Hospital Universitario Severo Ochoa de Leganés los días 6 y 7 de noviembre de 2009, que pretende sustentar en un informe médico pericial en el que se afirma la omisión de los medios diagnósticos, pruebas y demás recomendaciones e interconsultas que exigía “*la sintomatología neurológica*” del reclamante, el informe del Servicio de Urgencias Generales, corroborado por los datos que figuran en la historia clínica, pone de manifiesto la realización de las oportunas exploraciones neurológicas y la ausencia de alteraciones en los resultados de las mismas, siendo la sintomatología que presentaba el reclamante propia del vértigo periférico que se diagnosticó y no de un infarto cerebeloso que exige focalidad neurológica, inexistente en el paciente, y así señala que “*en su atención en el Sº de Urgencias el 6 de noviembre de 2009, se le realizaron historia clínica detallada y exploración física exhaustiva, analítica completa y TAC craneal, en el que no existían lesiones agudas en la fosa posterior que hicieran dudar del diagnóstico. La existencia de mareo con giro de objetos, nistagmo en la exploración y la completa ausencia de alteración en las exploraciones neurológicas seriadas (4 en total) son diagnósticas de un síndrome vertiginoso sin ningún dato de origen central, es decir de un vértigo periférico,.... El paciente no fue dado de alta sino que permaneció en observación con tratamiento para el vértigo periférico, con el que presentó una “muy importante mejoría tanto subjetiva como objetiva” (según consta en el informe de urgencias). A la mañana siguiente, se comprobó que toleraba correctamente la ingesta oral, se constató nuevamente que no existía ninguna alteración en la exploración neurológica (salvo nistagmo horizontal, típico de vértigo periférico y que no aparece en los infartos cerebelosos), por lo que tras la gran mejoría subjetiva se procedió al alta hospitalaria con tratamiento y seguimiento por su Médico de Familia*”. En el mismo sentido, el informe de la Inspección Sanitaria subraya la adecuación de la asistencia dispensada

en Urgencias a la *lex artis*, señalando que “- *Primero- Se realizan las maniobras y las técnicas diagnósticas recomendadas por la bibliografía en la atención a un síndrome vertiginoso en un Servicio de Urgencias.*

Segundo- Tanto los datos de la anamnesis (vértigo intenso de instauración súbita, acompañado de vómitos y sudoración, que se intensificaba con los movimientos), como los resultados de las exploraciones neurológicas sucesivas realizadas (no dismetría, fuerza y sensibilidad normal, no signos meníngeos, no signos cerebelosos, reflejos osteotendinosos simétricos, nistagmus rápido hacia la derecha y el resto sin focalidad) orientaban al diagnóstico de vértigo periférico...”. Además como subraya la Inspección Sanitaria en contra de lo manifestado por el reclamante en su escrito, corrobora que la sintomatología orientaba al diagnóstico de un vértigo periférico el que “el 18-11-09, es decir, once días después del alta hospitalaria, es nuevamente valorado en un Servicio hospitalario, esta vez en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Central de la Defensa, que vuelve a emitir un diagnóstico de vértigo periférico (la neuronitis vestibular es una variedad de vértigo periférico), pautando un tratamiento médico al alta similar al pautado en el hospital Severo Ochoa (únicamente se añade vitamina B6) y revisión en consulta externa a los 15 días”.

Por otra parte, los informes que obran en el expediente ponen de manifiesto que el TAC craneal practicado no evidenciaba lesiones que hicieran dudar del diagnóstico de vértigo periférico. En este punto el informe del Servicio de radiología de Hospital Universitario Severo Ochoa señala que “*revisado el TAC de cráneo realizado el 6 de noviembre no muestra lesiones que justifiquen el cuadro clínico de presentación aguda del paciente*”. En el mismo sentido el informe de la Inspección Sanitaria pone de manifiesto que “*los hallazgos descritos en el TAC craneal realizado (imagen hipodensa medial a la cisura de Silvio en el hemisferio izquierdo*

compatible con quiste en la cisura coroidea o con área isquémica antigua; zona compatible con área isquémica subaguda o crónica en localización frontoparietal izquierda subcortical), correspondían a lesiones antiguas, en localización diferente al cerebelo. No se describe ningún hallazgo patológico en cerebelo”.

Además, los informes que obran en el expediente y la historia clínica ponen de manifiesto que la propia actuación del reclamante imposibilitó la reevaluación clínica en el Hospital Universitario Severo Ochoa. En este punto el informe de la Inspección Sanitaria señala que “*el médico de atención primaria indica el 12-11-09 (cinco días después del alta hospitalaria) acudir nuevamente al Hospital Severo Ochoa ante la aparición de nuevos síntomas (hemicara izda. acorcha) y la no tolerancia a la medicación. En la documentación que obra en el expediente no se refleja que el paciente acudiera al citado hospital. De la descripción de los hechos que realiza el representante legal del paciente en el escrito de reclamación se deduce que no acudió, no pudiéndose objetivar los motivos, no posibilitando, por lo tanto, al hospital Severo Ochoa la reevaluación clínica y planteamiento, en su caso, de nuevos métodos diagnósticos y terapéuticos ante la falta de respuesta y mala tolerancia al tratamiento médico prescrito y ante la aparición de nuevos síntomas (acorchamiento de hemicara izquierda)*”.

Finalmente respecto al “*tratamiento del tromboembolismo*” que debió ser prescrito al reclamante, según el informe pericial aportado por el interesado, que en su opinión hubiese evitado o minimizado las secuelas, resulta contradicho por el informe del Servicio de Urgencias Generales cuando señala que “*el perito demuestra su desconocimiento completo del tema al hablar de “tratar el tromboembolismo”: el infarto cerebeloso fue trombótico, no tromboembólico (como consta en el informe de neurología, apoyado por un estudio cardiovascular normal), es decir, se produjo un*

trombo a nivel local del cerebelo, no ocurrió el impacto de un trombo formado en el corazón. Por tanto, un tratamiento de tromboembolismo (ni siquiera dice cuál) a nivel cardíaco no podría jamás haber evitado la aparición de un infarto trombótico en el cerebro”.

Conforme lo hasta aquí expuesto, la determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a la *lex artis* descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en cada supuesto concreto. En este sentido debe destacarse el informe médico aportado por el reclamante ha sido contradicho por los informes médicos que obran en el expediente y la historia clínica que descartan una mala praxis en el caso que nos ocupa. En este punto resulta especialmente relevante el informe de la Inspección Sanitaria, dada su imparcialidad y objetividad, cuando concluye que “*se considera que la asistencia sanitaria prestada los días 6 y 7 de Noviembre de 2009 en el Servicio de Urgencias del Hospital Severo Ochoa es compatible con las recomendaciones de la bibliografía en aquellas situaciones que presentan la clínica, los datos de exploración física general y especialmente neurológica, los resultados del TAC craneal (lesiones antiguas,) y la evolución clínica con tratamiento médico durante su permanencia en el Servicio de Urgencias que se describen en el presente caso....*”.

No cabe duda por tanto, a la luz de los informes y de la documentación obrante en el expediente, que las actuaciones médicas se adecuaron en todo caso a normopraxis. En definitiva, habiéndose observado la *lex artis ad hoc* por parte de los profesionales sanitarios que atendieron al paciente, procede desestimar la reclamación indemnizatoria presentada.

A la vista de todo lo anterior, el Consejo Consultivo formula la siguiente

CONCLUSIÓN

La reclamación de responsabilidad patrimonial presentada debe ser desestimada.

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, 11 de enero de 2012

