

Dictamen n^o: **112/15**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **18.03.15**

DICTAMEN de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 18 de marzo de 2015, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 13.1 de la Ley 6/2007, de 21 de diciembre, en el asunto promovido por G.R.S., sobre responsabilidad patrimonial de la Administración por la asistencia sanitaria dispensada por el Hospital Universitario 12 de Octubre, que considera deficiente.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El día 18 de febrero de 2015 ha correspondido a la Sección II, presidida por el Excmo. Sr. D. Pedro Sabando Suárez, la ponencia sobre solicitud de dictamen preceptivo formulada el día 12 del mismo mes por el consejero de Sanidad, sobre el asunto indicado en el encabezamiento, que tuvo entrada en el registro del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid el citado día 18 de febrero y fue admitida a trámite recibiendo el número de expediente 92/15.

El escrito solicitando el dictamen fue acompañado de la documentación en formato CD que, numerada y foliada, se consideró suficiente.

El ponente ha firmado la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberado y aprobado, por unanimidad, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo, en su sesión de 18 de marzo de 2015.

SEGUNDO.- El día 28 de mayo de 2014, la interesada formula reclamación de responsabilidad patrimonial al considerar que en el Hospital Universitario 12 de Octubre se omitió durante varios años, por falta de diagnóstico, el tratamiento de la epilepsia que padece por lo que ha sufrido importantes daños, todavía no estabilizados y de imprevisible evolución.

Refiere que el 18 de diciembre de 1996 ingresó en el hospital con pérdida de conciencia convulsiones tónico-clónicas generalizadas, cianosis labial y espuma en la boca. Nunca se había dado un cuadro similar y tenía una glucemia previa de 210 mg/dl, le indicaron que padecía diabetes mellitus y presentaba desconexión con el medio y alteración de movimientos y en el lenguaje y se pautó tratamiento por Pediatría.

Presentó nuevas crisis y acudió al hospital los días 3 y 10 de enero de 1997, pero expone que solo le pautan tratamiento para la ansiedad. El 13 de enero siguiente vuelve permaneciendo ingresada hasta el día 21 siguiente, se le indicó nuevo tratamiento y revisión en Endocrinología, Psiquiatría y Neurología. El 12 de noviembre ingresa nuevamente, los facultativos mantiene que la causa de las crisis es psicológica y que no precisa tratamiento.

Vuelve al hospital el 6 de septiembre de 1999, se le diagnostica crisis de ansiedad y pseudocrisis de probable origen psicógeno, es derivada a un Centro de Salud Mental, valorando una posible terapia familiar.

Permaneció ingresada desde el 13 de noviembre hasta el 4 de diciembre de 2002, ingreso en el que por primera vez en el juicio clínico se refiere un *“estatus epiléptico, señalando la existencia de crisis parciales secundariamente generalizadas en probable relación de niveles infraterapéuticos de fármaco anticomicial, así como epilepsia criptogénica”*.

Reprocha a la Administración el retraso en el diagnóstico de su enfermedad, al transcurrir seis años desde el primer ingreso sin que se realizara control alguno de su patología y es desde el 4 de diciembre de 2002 cuando se instaura un tratamiento para controlar las crisis más graves, aunque sigue sufriendo habitualmente crisis leves.

La Consejería de Asuntos Sociales, con fecha 1 de octubre de 2003 le reconoce una minusvalía del 65% y el 5 de julio de 2012, el Juzgado de lo Social número 20 de Madrid, mediante sentencia que fue recurrida por el Instituto Nacional de la Seguridad Social y la Tesorería General de la Seguridad Social le reconoció una incapacidad permanente absoluta. El Tribunal Superior de Justicia de Madrid, Sección número 3 de lo Social, desestimó el 18 de junio de 2013 el recurso confirmando la resolución.

Considera la perjudicada que el estado en el que se encuentra es consecuencia del retraso diagnóstico y terapéutico, tal y como pone de manifiesto el informe pericial que presenta.

Solicita una indemnización de 480.891,56 euros que resarcirían los días improductivos, las secuelas, la incapacidad permanente absoluta, el factor de corrección y la limitación de la movilidad de una extremidad superior.

Manifiesta que la reclamación se interpone dentro del plazo legal, toda vez que los daños que padece, *“aunque controlados -que no curados- los más graves, sigo padeciendo dolencias no controladas, y se trata de una enfermedad de imprevisible evolución”* además de invocar la fecha de la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 18 de junio de 2013 por la que se confirmó la declaración de incapacidad permanente absoluta como *dies a quo*.

Junto a la reclamación aporta informes médicos, documentación judicial sobre el reconocimiento de la incapacidad absoluta e informe pericial realizado a instancia de parte. Como medio preferente de notificación

indica un número de fax y como medios de prueba propone la documental que aporta y que se cite al perito que ha elaborado el dictamen médico pericial a fin de que lo explique.

TERCERO.- La historia clínica y la restante documentación médica, han puesto de manifiesto los siguientes hechos:

La paciente, nació en 1981 tras una gestación, parto y periodo perinatal inmediato normales (sólo radiografía materna en el tercer mes por accidente de tráfico) y desarrollo psicomotor normal. Evolución escolar con ayudas hasta los 11-12 años, posteriormente dificultad en los estudios, que abandonó a los 19 años, es diabética insulino dependiente desde los 11 años y en 1985 fue tratada de calciuria por hipervitaminosis D con función renal normal, recibiendo el alta dos años más tarde.

El 27 de diciembre de 1996, cuando contaba 15 años de edad, ingresó en Urgencias del Hospital Universitario 12 de Octubre donde sufrió un episodio de rigidez en los miembros, sin movimientos de flexo-extensión ni mordedura de lengua ni emisión de espuma por la boca del que se recuperó en cinco minutos. La madre refirió que se encontraba en un estado de depresión permanente, con falta de autoestima y malos resultados escolares. Fue valorada por psicólogo y diagnosticada de crisis de ansiedad y se recomienda cita para consulta en Psiquiatría infantil preferente y control por el pediatra.

Permaneció ingresada en Endocrinología Infantil desde el 13 hasta el 21 de enero de 1997 para estudio de supuestas crisis parciales complejas atípicas. La exploración física, neurológica, escáner con y sin contraste, son normales. Las analíticas no muestran alteraciones. Con el juicio clínico de probables crisis de ansiedad se indica acudir a consulta de Psiquiatría y de Neurología (folios 274 y 275).

Durante su ingreso, fue vista en Neurología Infantil por presentar diversos episodios paroxísticos con posible alteración de la conciencia. El examen neurológico con TAC craneal y dos electroencefalogramas (EEG) han sido normales. El facultativo no descarta que se trate de un desorden comicial por lo que se decide ver evolución sin tratamiento específico y que sea evaluada por Psiquiatría (folios 195 y 196).

El 12 de noviembre de 1997 es remitida a Neurología pediátrica para estudio por presentar episodios paroxísticos (folios 272 y 273).

Se realizan EEG de vigilia, de sueño, Holter de 24 horas, escáner cerebral con y sin contraste y Spect cerebral, todos normales.

También ha acudido a revisión en la Unidad de Psiquiatría Infantil, la última en octubre de 1997, refería la paciente que en los últimos meses no se habían vuelto a repetir los hechos.

El facultativo opina que los episodios que sufre no corresponden a un origen comicial, sino que impresionan como pseudocrisis de origen no orgánico. Considera que no precisa tratamiento por parte de Neurología y dada su edad, si siguiera teniendo episodios paroxísticos y requiriese una nueva evaluación neurológica, deberá pedir cita en el Neurólogo de Adultos que le corresponda por su Área (folios 272 y 273).

El 11 de julio de 2001 la Consejería de Servicios Sociales le reconoce un grado de minusvalía del 44 por ciento (folio 194).

Desde octubre de 2001, con su paso a la Policlínica de Adultos, fue nuevamente evaluada y, ante la repetición de las crisis (hasta 4 al mes) algunas de las cuales se iniciaban con signos focales, como dificultad para hablar, o elevación de un brazo, se consideró apropiado iniciar tratamiento anticomicial y se recetó ácido valproico en dosis crecientes hasta 1000 mg día sin que hubiera clara remisión de las crisis. Dicha actitud terapéutica se inició aunque un nuevo EEG y una resonancia magnética (RM) cerebral no

mostrarán alteraciones que hicieran pensar en una etiología orgánica (epilepsia).

El 13 de noviembre de 2002, sin haber presentado ningún antecedente de interés los días previos, acude al Servicio de Neurología por incremento importante en el número habitual de crisis en los últimos tres días, cinco o seis diarias, con las características habituales (folios 278 a 280). Durante el ingreso presenta una hiperglucemia de 368, la paciente no refiere sintomatología específica, salvo “*sensación de que se me va la cabeza*”, como en los últimos días (folio 174).

El TAC craneal sin contraste es interpretado como normal y se inicia tratamiento. A pesar de presentar mejoría inicial sin nuevas crisis y con mayor reactividad a los estímulos, a lo largo de las siguientes doce horas, presenta de nuevo seis o siete crisis más (todas autolimitadas, de menos de un minuto de duración), por lo que se decide administrar un antiepiléptico consiguiendo su remisión.

Es dada de alta el 4 de diciembre de 2002, el informe señala que no es posible establecer un diagnóstico etiológico concreto, no obstante el juicio clínico señala estatus epiléptico, crisis parciales secundariamente generalizadas subintrantes en probable relación de niveles infraterapéuticos de farmacoanticomicial y epilepsia criptogénica, se pauta tratamiento, cita en consulta de Neurología y control con el psiquiatra de zona, valorando la reintroducción de gabanpetina si lo precisa por alteraciones conductuales (folios 278 a 280).

La paciente se queja de fatigabilidad muscular. Es derivada a la Policlínica de Neuromuscular con el fin de descartar una miopatía o enfermedad mitocondrial. El estudio electromiográfico y los exámenes realizados descartaron esta posibilidad de forma razonable, aunque se dejó pendiente la realización de una biopsia.

El 9 de marzo de 2006 las crisis están controladas, el EEG muestra una actividad de fondo normal e irregularidades discretas de naturaleza inespecíficas sobre ambas regiones temporales.

El 9 de junio de 2008 se mantiene asintomática, mejorando incluso desde el punto de vista afectivo, lo que le permite mantener una vida activa, trabaja y es independiente para prácticamente todas sus actividades. Diagnosticada de crisis parciales secundariamente generalizadas y epilepsia criptogenética, se mantiene el tratamiento y control por su neurólogo de zona.

Desde abril de 2009 se encuentra en seguimiento en la Sección de Epilepsia, en la consulta de 26 de julio de 2010, se queja de manera habitual de pérdida de memoria, lentitud en el pensamiento, de mareo, de cefalea de características tensionales habitualmente, aunque puede presentar también episodios compatibles con migrañas. Presentaba clínica compatible con síndrome de ovario poliquístico y temblor postural que desaparecieron con el cambio de Valproico por Lamotrigina.

En el contexto de la diabetes mellitus, hipotiroidismo, cefaleas recurrentes de perfil migrañoso y tensional, baja estatura, dificultades de aprendizaje y crisis focales se plantea de nuevo la posibilidad de una enfermedad mitocondrial, pero sin haber podido obtener datos de laboratorio que lo confirmen.

El 6 de septiembre de 2011, la analítica evidencia mal control de la glucemia y bajos niveles de DPH y LTG, la madre de la paciente se asegurará de que tome bien la medicación.

Vuelve a consulta el 2 de septiembre de 2012, se encuentra asintomática y sin ningún episodio de naturaleza comicial, el 14 de noviembre de 2013, se ajusta el tratamiento y el 20 de marzo de 2014, acude a un centro educacional.

Tiene reconocida la incapacidad absoluta mediante Sentencia firme del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, de 18 de junio de 2013.

CUARTO.- Por dichos hechos se ha instruido el procedimiento de responsabilidad patrimonial y se ha incorporado al expediente la historia clínica de la paciente así como el informe del Servicio de Neurología del Hospital Universitario 12 de Octubre, como servicio supuestamente causante del daño.

Con fecha 8 de julio de 2014, el jefe del Servicio, entre otros extremos expone que la argumentación de la reclamación simplifica una historia clínica muy compleja que ha requerido la evaluación de diversos especialistas y servicios y que podría tratarse de una enfermedad mitocondrial que englobaría las múltiples dolencias de la interesada (déficit intelectual, diabetes mellitus, hipotiroidismo, ovarios poliquísticos, crisis paroxísticas psicógenas, crisis epilépticas, depresión, migraña, fatiga muscular y corta estatura), en una misma causalidad de defecto genético, que por el momento no ha podido demostrarse pese a estudios de fisiología y biopsia muscular con análisis genéticos ad hoc.

Continúa el facultativo manifestando que la reclamación plantea el inicio de los problemas con una crisis comicial ocurrida el 18 de diciembre de 1996, no obstante el contacto del hospital con la paciente se inició en 1985 con una consulta en Nefrología por una hipervitaminosis D con hipercalciuria de la que fue adecuadamente tratada, y continúa con un ingreso en 1992 en Pediatría en el que se le diagnostica de diabetes mellitus tipo 1 insulino-dependiente que se trata adecuadamente.

Añade el facultativo que en los diferentes ingresos y permanencias de la paciente en el hospital, se realizaron detallados estudios y análisis de su situación. La reclamante siguió tratamiento psicológico particular con el diagnóstico de neurosis histérica con somatización (folio 310).

Por otro lado, el jefe del Servicio insiste en que en la reclamación se mencionan asistencias de las que no hay constancia en la historia clínica y muestra su desacuerdo con el informe pericial presentado, del que afirma que mezcla datos de la paciente, suposiciones diagnósticas e información médica sobre crisis diversas sin sustento bibliográfico, considerando el dictamen médico aportado como un informe “*acientífico*” y sin base en la literatura médica.

Concluye que “*desde una perspectiva científica, pues no hay datos en la literatura médica que apoyen esta posición sino todo lo contrario, las crisis epilépticas parciales no generan déficit cognitivo (a no ser que sean incoercibles) y nunca las de la intensidad que sufrió la paciente*”.

También consta en el expediente el informe emitido por la Inspección Sanitaria el 30 de septiembre de 2014, cuyas consideraciones médicas definen la epilepsia, su relación con el retraso mental, el diagnóstico diferencial de las crisis epilépticas, los métodos diagnósticos y sus tratamientos.

En relación con el retraso intelectual argumentado en la reclamación, el médico inspector informa que en la historia clínica queda constatada la necesidad de ayuda escolar a la niña desde pequeña. Afirma también que para poder atribuir dicho retraso a las crisis comiciales, éstas deberían haberse acompañado de anoxia cerebral o que hubieran sido crisis incontrolables, lo cual no es el caso de esta paciente, la cual, según se desprende de la historia clínica aportada, nunca sufrió estas situaciones clínicas y desde 2005 está asintomática de sus crisis comiciales.

Añade que la paciente fue estudiada desde la primera crisis por diversos especialistas del Hospital 12 de Octubre, realizándose pruebas complementarias de forma exhaustiva a lo largo de los años siendo informadas de normalidad ya que se comenzó el estudio diagnóstico desde los primeros síntomas que la paciente presentó.

Considera que tanto las pruebas complementarias realizadas como el tratamiento farmacológico administrado son acordes con la evidencia científica consultada. Asimismo, los informes de las pruebas complementarias no reflejaban anormalidades en las mismas.

Por lo anteriormente expuesto y según la evidencia científica, considera que la asistencia sanitaria prestada ha sido acorde con los criterios de la *lex artis ad hoc*.

En este estado del procedimiento, mediante escrito de 20 de noviembre de 2014, se comunica la apertura del trámite de audiencia con remisión del expediente administrativo a la reclamante que en uso del mismo y dentro del plazo establecido presenta escrito de alegaciones en el que ratifica íntegramente su reclamación, aduce que el contenido del expediente confirma plenamente sus afirmaciones y muestra su disconformidad con el informe del jefe del Servicio de Neurología, que considera un ataque personal contra el perito que elaboró el dictamen presentado al inicio del procedimiento, documento que desde su punto de vista arroja luz sobre los hechos, al que considera el único que “*trata de aplicar la teoría médica a las peculiaridades que me afectan*”.

El 26 de enero de 2015 la secretaria general del Servicio Madrileño de Salud (por delegación de firma del viceconsejero de Asistencia Sanitaria en virtud de Resolución 6/2014, de 17 de marzo) acuerda tener por practicada la documental propuesta por la reclamante e inadmitir la testifical por ser manifiestamente improcedente e innecesaria.

El 5 de febrero de 2015 se formuló propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial efectuada porque la asistencia sanitaria dispensada a la paciente en el Hospital Universitario 12 de Octubre fue adecuada según la correcta praxis médica y la literatura consultada y por ausencia de nexo causal entre dicha asistencia y el déficit cognitivo que aduce la reclamante.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes,

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 13.1.f)1º de su Ley Reguladora, 6/2007, de 21 de diciembre (LRCC), y a solicitud de un órgano legitimado para ello, según el artículo 14.1 LRCC.

El dictamen ha sido evacuado dentro del plazo ordinario establecido en el artículo 16.1 LRCC, cuyo término se fijó el 26 de marzo de 2015.

SEGUNDA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se encuentra regulada en el artículo 106.2 de la Constitución. El desarrollo legal de este precepto se encuentra contenido en los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC) y en el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (RPRP).

Concurren, respectivamente, en la reclamante y en la Comunidad de Madrid, legitimación activa y pasiva.

Respecto del plazo para reclamar la reclamante alega que su reclamación, presentada el 28 de mayo de 2014, se encuentra en plazo por dos motivos: en primer lugar, porque la declaración de incapacidad permanente parcial fue confirmada por la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de 18 de junio de 2013 y en segundo lugar, porque considera que sus daños tiene el carácter de daños continuados y así afirma: *“aunque controlados -que no*

curados- los más graves, sigo padeciendo dolencias no controladas, y se trata de una enfermedad de imprevisible evolución”.

Respecto de la declaración de incapacidad permanente, es muy reiterada la doctrina de este Consejo Consultivo, recogida, entre otros en los dictámenes 403/10, de 24 de noviembre; 63/11, de 2 de marzo; 90/11, de 16 de marzo; 153/11, de 13 de abril; 351/11, de 29 de junio; 364/11, de 29 de junio; 716/11, de 14 de diciembre , 237/12, de 18 de abril, 90/13, de 13 de marzo y los más recientes 19/14, de 8 de enero y 300/14, de 1 de julio en la que expresamos que:

“la declaración de incapacidad no constituye el dies a quo para el inicio del cómputo del plazo para reclamar la responsabilidad patrimonial de la Administración, ya que dicha declaración, no es sino un reconocimiento a efectos laborales de una situación que ya existía con anterioridad, por lo que, las declaraciones de incapacidad o invalidez no pueden equipararse a la determinación del alcance de las secuelas”.

Por lo tanto, en el caso objeto de consulta, la alegación de la declaración de incapacidad como *dies a quo* no puede ser admitida.

Respecto de los daños continuados, nos hacemos eco (así, en los dictámenes 107/09, de 18 de febrero; 71/10, de 17 de marzo; 125/13, de 10 de abril; 340/10, de 13 de octubre; 57/11, de 2 de marzo; 259/11, de 25 de mayo; 314/11, de 15 de junio; 726/11, de 21 de diciembre; 156/12, de 14 de marzo; 555/12, de 9 de octubre; 389/14, de 10 de septiembre; 130/13, de 10 de abril; 204/13, de 22 de mayo; 75/14, de 12 de febrero; 174/14 y 175/14, de 30 de abril; 260/14, de 11 de junio) de la doctrina del Tribunal Supremo en cuanto a la necesidad de distinguir entre los daños permanentes, aquellos que en los que el acto generador de los mismos se agota en un momento concreto aun cuando sea inalterable y permanente en el tiempo el resultado lesivo y los daños continuados,

aquellos que, porque se producen día a día, de manera prolongada en el tiempo y sin solución de continuidad, es necesario dejar pasar un periodo de tiempo más o menos largo para poder evaluar económicamente las consecuencias, por lo que el plazo para reclamar no empezará a contarse sino desde el día en que cesan los efectos.

En el presente caso, parece claro que la situación de la paciente no se encuentra estabilizada desde el momento en el que el informe del Servicio de Neurología admite que está en tratamiento, no solo por revisión, sino porque sospechan que su pluripatología podría traer causa de una enfermedad mitocondrial que aún no ha podido ser confirmada. Tomando en consideración esta circunstancia podemos concluir que la reclamación se ha presentado dentro del plazo establecido en el artículo 142 de la LRJ-PAC.

El procedimiento se ha iniciado a instancia de parte y se ha instruido correctamente, si bien se ha excedido el plazo de seis meses para resolver lo dispuesto en el artículo 13 RPRP.

TERCERA.- 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 en 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 -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor. d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

El reproche que realiza la reclamante consiste en un retraso de diagnóstico y, por lo tanto, de tratamiento de la epilepsia que padece, lo que considera que le ha producido un retraso cognitivo y otras secuelas,

como la reducción de movilidad de uno de los brazos. Aporta como prueba un informe médico pericial emitido por un médico de Medicina General y de Familia y Cirugía que afirma la existencia de un retraso diagnóstico y terapéutico, con repercusiones neurológicas y físicas.

También consta el informe de la Inspección Sanitaria, de especial relevancia por su presumible imparcialidad, objetividad y profesionalidad (así la Sentencia de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 14 de marzo de 2013). En este caso el inspector afirma de forma indubitada que la asistencia ha sido prestada correctamente.

Nos hallamos ante informes periciales con conclusiones divergentes en orden a la acomodación de la actuación sanitaria a la *lex artis*, debiendo resolver la cuestión planteada, analizando los referidos medios de prueba empleando la lógica y el buen sentido o sana crítica, como en este sentido dispone el artículo 348 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

En primer lugar para determinar si concurre el nexo de causalidad, será preciso analizar, a la luz de los informes periciales, si la discapacidad física y psíquica que sufre la paciente se produjo a consecuencia del retraso diagnóstico y terapéutico invocado.

El informe del perito aportado por la interesada afirma la ausencia de tratamiento antiepiléptico en los distintos episodios de crisis sufridos por la enferma y, ante dicha falta de tratamiento, considera que en el momento en que se decidió el tratamiento farmacológico éste ya fue tardío, por lo que atribuye las secuelas neurológicas y físicas de la paciente a dicho retraso.

No se considera en este informe pericial que dichas crisis no fueron valoradas como crisis epilépticas ni se analizan los motivos de dicha valoración, siquiera para discutirlo o cuestionarlo. Tampoco se analiza la

posible relevancia de que en dichas crisis no hubiera descenso de nivel de conciencia y en algunas de ellas concurriera hiperventilación.

A dicha falta de exhaustividad ha de unirse la inadecuada especialización (no es neurólogo) para peritar un problema tan complejo como el presente.

Este Consejo, estima que no existe prueba sólida de la relación de causalidad entre las secuelas de la interesada y el diagnóstico de la epilepsia que sufre, ya que, además de que consta que ya desde niña sufría retraso intelectual, dicha causalidad solo podría haber tenido lugar con anoxia cerebral o crisis incontrolables, circunstancias que no se han producido en este caso.

Es preciso recordar que la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid (sección 10^a) de 17 de mayo de 2013 afirma que las alegaciones sobre negligencia médica deben probarse con “*medios probatorios idóneos*” y tras exponer la doctrina de que la carga de la prueba corresponde a quien reclama, concluye afirmando que:

“En consecuencia, es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, de la antijuridicidad, del alcance y de la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración”.

En el presente caso, el informe pericial aportado por la interesada como prueba de la presunta mala praxis resulta insuficiente por la falta de análisis motivado para establecer la relación de causalidad. Por el contrario, el informe de la Inspección Sanitaria, más exhaustivo, concluye que no hay constancia de la mala praxis y que existe la posibilidad de que el tratamiento antiepiléptico, una vez pautado, no fuese seguido adecuadamente por la paciente.

En este sentido procede recordar que la asistencia sanitaria implica un obligación de medios y no de resultados, pero atendiendo siempre a las circunstancias y los síntomas que presenta el paciente en el momento en que dicha atención tiene lugar, sin que sea posible argumentar la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o retraso diagnóstico o la inadecuación del tratamiento, mediante una regresión a partir del desgraciado curso posterior seguido por el paciente.

Así, como señala el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, Sala de lo Contencioso-administrativo (Sección 10^a) en su Sentencia 383/2014, de 14 de mayo de 2014 (recurso contencioso-administrativo 1236/2011):

«En la valoración de la prueba también se ha sopesado la doctrina jurisprudencial sobre la prohibición de regreso lógico desde acontecimientos posteriores desconocidos en el momento del diagnóstico o de la conducta desencadenante del daño, declarada en las sentencias de la Sala Primera del Tribunal Supremo de 14 y 15 de febrero de 2006, 7 de mayo de 2007 y de 10 de junio de 2008, en la que, con cita de las anteriores, se recogía que:

“B) La valoración del nexo de causalidad exige ponderar que el resultado dañoso sea una consecuencia natural, adecuada y suficiente, valorada conforme a las circunstancias que el buen sentido impone en cada caso y que permite eliminar todas aquellas hipótesis lejanas o muy lejanas al nexo causal so pena de conducir a un resultado incomprensible o absurdo, ajeno al principio de culpa. La imputación objetiva al recurrente -o atribución del resultado, quaestio iuris [cuestión jurídica] revisable en casación en el ámbito de la aplicación del art. 1902 CC no puede llevar a apreciar una responsabilidad derivada de unos actos médicos sin más fundamento que ser anteriores en el tiempo y constituir eslabones en el curso de los acontecimientos cuando no podía preverse racionalmente el resultado

final producido, ni a cuestionar el diagnóstico inicial del paciente si el reproche se realiza exclusivamente fundándose en la evolución posterior y, por ende, infringiendo la prohibición de regreso que imponen los topoi [leyes] del razonamiento práctico”».

En definitiva, en el presente caso la reclamante no presentan prueba suficiente que advere la infracción de la *lex artis* por lo que no cabe apreciar insuficiencia de medios, ni retraso en la asistencia como fundamento de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

Por todo lo expuesto, el Consejo Consultivo formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por no haber quedado acreditado que la asistencia médica prestada fuera contraria a la *lex artis ad hoc*.

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, 18 de marzo de 2015