

Dictamen nº: **359/11**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **29.06.11**

DICTAMEN de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, emitido por unanimidad, en su sesión de 29 de junio de 2011, sobre consulta formulada por el Consejero de Sanidad, al amparo del artículo 13.1.f.).1º de su Ley Reguladora, 6/2007, de 21 de diciembre en el asunto promovido por M.L.S, sobre responsabilidad patrimonial por el fallecimiento de su cónyuge J.R.P.D.F. que atribuye a la deficiente asistencia sanitaria dispensada por parte del Hospital 12 de Octubre y el Hospital Ramón y Cajal.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por el Consejero de Sanidad, mediante oficio de 19 de mayo de 2011, registrado de entrada el día 27 del mismo mes, se formula preceptiva consulta a este Consejo Consultivo por trámite ordinario, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la Sección VI, presidida por el Excmo. Sr. D. Pedro Sabando Suárez, que firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberado y aprobado, por unanimidad, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo en su sesión de 29 de junio de 2011.

El escrito solicitando el dictamen preceptivo fue acompañado de documentación que, en formato cd, se consideró suficiente.

SEGUNDO.- Por escrito presentado en el registro del Servicio Madrileño de Salud el 3 de agosto de 2009, la esposa del fallecido formula reclamación de responsabilidad patrimonial contra los hospitales 12 de Octubre y Ramón y Cajal, por considerar que el fallecimiento de su familiar estuvo motivado por la incorrecta atención médica dispensada por los dos centros sanitarios, solicitando una indemnización de ciento nueve mil ciento cuarenta y cuatro euros y noventa y siete céntimos (109.144,97 €), “*más la suma resultante de la actualización de dicha cantidad a la fecha en que se ponga fin al procedimiento responsabilidad con arreglo al índice de precios al consumo, fijado por el Instituto Nacional de Estadística, más los intereses de dicha cantidad desde la fecha de la presentación de la presente reclamación*”.

“*En lo que respecta a la compañía aseguradora que asegure el riesgo de Responsabilidad Civil o Patrimonial de la Administración, se interesa la condena al pago de intereses moratorios del artículo 20.4 de la Ley de Contrato de Seguro, a contar desde la fecha del siniestro, esto es, el fallecimiento de J.R.P.D.F acaecido el pasado día 23 de Marzo de 2007, para el supuesto de que la misma incurra en mora en el cumplimiento de su obligación*”.

Al escrito acompaña copias, del acta de defunción del fallecido, del libro de familia para justificar la relación de parentesco y de diversos documentos médicos. Con el fin de acreditar que el procedimiento no ha prescrito, se adjuntan:

- Escrito dirigido al Instituto Nacional de la Seguridad Social, Dirección Provincial de Barcelona el 13 de marzo de 2008 solicitando indemnización por los daños y perjuicios causados a consecuencia del fallecimiento.
- Escrito del Instituto Nacional de la Seguridad Social de 12 de agosto de 2008, informando sobre competencia para resolver la reclamación.

- Escrito dirigido al Servicio Madrileño de Salud con fecha 10 de febrero de 2009, por el mismo motivo.

Propone la práctica de prueba testifical, aportando filiación del testigo. A efectos de notificaciones, indica domicilio de un despacho de abogados.

La reclamación presentada y documentación incorporada al expediente, en particular la historia clínica, han puesto de manifiesto los siguientes hechos:

El fallecido de 38 años de edad, con antecedentes personales de crisis comiciales, posttraumatismo craneoencefálico desde hace seis años. Diagnosticado de miocardiopatía hipertrófica obstructiva en diciembre de 2002, tratada con Diltiazem y posteriormente Propanolol con mala respuesta, acude al Servicio de Urgencias del Hospital Ramón y Cajal el 2 de abril de 2003, por síncopes de esfuerzo, disnea y dolor torácico.

A la exploración clínica presenta: Obesidad. Ruidos cardiacos rítmicos y soplo sistólico III/VI en punta.

- Analítica: Glucosa 83, creatinina 1,1, potasio 4,3, Hemoglobina 15,2, plaquetas 179000. Concentración de ácido Valproico 40.

- Radiología: Ligera cardiomegalia. Vascularización pulmonar normal.

- Exploración complementaria: en el electrocardiograma aparece el ritmo sinusal. El espacio PR 0,20, sugestivo de hipertrofia ventricular izquierda (HVI).

- Repolarización basal normal. La ergometría se observó, una frecuencia de 125 pm y la prueba fue en la clínica y en el electrocardiograma negativa, sin presentar arritmias, con respuesta tensional normal. El ecocardiograma se informa: Aurícula izquierda ligeramente dilatada. HVI

de predominio septal (3 cm). La prueba con Holter está, dentro de los límites normales.

Diagnóstico: Miocardiopatía obstructiva controlada con tratamiento de betabloqueantes. Crisis comiciales por niveles infraterapéuticos de su medicación basal. Clase funcional 1. La evolución con tratamiento de dosis altas de Atenolol (Betablockante) demostró una respuesta favorable, tolerando niveles de esfuerzo prácticamente normales para su edad, sin angina, mareo o arritmias ventriculares.

Es dado de alta el 11 de abril de 2003, con tratamiento de Atenolol 100 mgr al levantarse y 75 mgr 12 horas después. Depakine Cronos (Antiepileptico) 500 mgr en comprimidos cada 12 horas. Con la recomendación de incorporarse a una vida normal, evitando la conducción de automóviles, por el elevado riesgo que presenta su cardiopatía de base y su cuadro de epilepsia, ejercicio moderado y dieta hipocalórica pobre en grasas animales.

El 16 de junio de 2003 acude nuevamente al Servicio de Urgencias del Hospital Ramón y Cajal, remitido por su médico de cabecera por disnea de esfuerzo progresivo, con episodios de disnea paroxística nocturna y ocasionalmente cuadros de dolor torácico anginoso con el esfuerzo.

Exploración clínica:

- Al ingreso tensión arterial 120/70; pulso 75; auscultación cardiaca: soplo sistólico aórtico grado III. Soplo apical e Insuficiencia mitral grado III; Auscultación pulmonar normal.

- Radiografía de urgencias: Cardiomegalia global sin datos de insuficiencia cardiaca.

Exploración complementaria:

- Electrocardiograma: ritmo sinusal. Hipertrofia ventricular izquierda.
- Ecocardiograma: Gradiente basal dinámico de 30 mm de HG. Hipertrofia septal severa (30 mm). SAM (movimiento sistólico anterior) incompleto. Función sistólica de ventrículo izquierdo normal.

Diagnóstico: Miocardiopatía hipertrófica obstructiva sintomática por disnea y angina. Tras su ingreso, se inició tratamiento con Verapamil (bloqueante de los canales del calcio) hasta dosis de 360 mg/día combinado con dosis crecientes de Atenolol. Con esto se obtuvo mejoría sintomática significativa, desapareciendo los episodios de disnea paroxística nocturna y la clínica anginosa. Así mismo respecto a los estudios ecocardiográficos previos, se consiguió un descenso del gradiente obstructivo. Recibió el alta de hospitalización el 20 de junio de 2003, estaba asintomático. Se recomienda revisión en consulta de cardiología en la fecha prevista.

El 16 de julio de 2003 el paciente persiste con gran sintomatología a pesar del tratamiento médico. Se decide presentar el caso en sesión clínica de cardiología, que se celebra al día siguiente, donde se decide implante de marcapasos en modo DDD como etapa inicial a terapéuticas más agresivas.

El 31 de julio de 2003 se implanta marcapasos biotronik Actros DR SN 90121969. Se canaliza vena subclavia izquierda y se realiza bolsa subfacial en región infraclavicular izquierda. Por vía subclavia se introducen electrodos de estimulación hasta apex de VD y pared lateral de AD (ambos de fijación pasiva), en donde se posicionan. Se miden umbrales y resistencia en ambos electrodos y se implanta marcapasos. Se comprueba adecuada captura de marcapasos y se sutura herida por planos. Concluye procedimiento sin complicaciones. Se recomienda al paciente continuar con los medicamentos habituales a dosis recomendadas. Retiro de puntos en su Centro de Salud en siete días. Acudir a consulta de revisión de marcapasos en unidad de Arritmias (folio 89).

Acude al servicio de Cardiología del Hospital 12 de Octubre el 17 de noviembre de 2003, con el objeto de valorar la posibilidad de incrementar el tratamiento o bien ajustar los parámetros del Marcapasos Bicameral previamente implantado en el Hospital Ramón y Cajal. Persiste con episodios de angina, disnea y dolor transfisivo a espalda. Ortonea de tres almohadas. Crisis de DPN a pesar del tratamiento con estimulación bicameral. Edemas maleolares. Se cambia el tratamiento: Atenolol 100 mg desayuno y 50 mg noche; Manidon Retard de 120 mg 1 comprimido desayuno y cena; Alactone de 100 mg medio comprimido al día y Seguril un comprimido días alternos. En el último ECO mantiene gradientes de 65 mm Hg pico. Diagnóstico: Miocardiopatía hipertrófica severa en clase funcional IV a pesar de tratamiento médico correcto (folio 38).

El 18 de noviembre de 2003, en revisión en consulta en Cardiología del Hospital Ramón y Cajal comunica al facultativo que está bajo control en el Hospital 12 de Octubre y que sigue muy sintomático (folio 281).

El 1 de diciembre de 2003 se valoran en consulta los efectos del incremento de la medicación anterior.

En el Hospital Ramón y Cajal, el 26 de enero de 2004, ante la persistencia de la sintomatología y al considerar que se ha producido un fracaso del tratamiento médico y del implante de marcapasos, se plantea la posibilidad de intervención quirúrgica o ablación del septo IV mediante intervencionismo, el paciente decide reflexionar sobre la indicación, pero no vuelve a acudir a consulta.

El 7 de junio de 2004 en la consulta de cardiología del Hospital 12 de Octubre, el paciente persiste con episodios de angina, disnea y dolor transfisivo a espalda. Ortonea de tres almohadas. Crisis de DPN a pesar del tratamiento con estimulación bicameral. Edemas maleolares. Han disminuido los gradientes respecto a estudios previos. Continúa en clase

funcional III-IV. Hace años dos episodios compatibles con síncope secundario a su miocardiopatía. Diagnóstico: microcardiopatía hipertrófica severa en clase funcional IV a pesar de tratamiento médico correcto. A pesar de la disminución del gradiente y que la clase funcional Objetiva es II, clínicamente está en clase funcional IV. Se pide HOLTER. Se incrementa en tratamiento. Revisión el julio y valorar estudio hemodinámico (folio 40).

El 19 de julio de 2004, con objeto de valorar la respuesta al tratamiento médico y decidir la realización de estudio hemodinámico para descartar enfermedad coronaria y valorar de forma objetiva el gradiente subaórtico por si fuera necesario efectuar ajustes en el intervalo PR.

Se realiza estudio hemodinámico el 17 de septiembre de 2004 demostrando gradiente subaórtico inferior a 40 mm Hg, con presión telediastólica de ventrículo izquierdo normal y árbol coronario normal. Con estos resultados y antes de tomar medidas más agresivas se decide incrementar el tratamiento médico y se cita para nueva revisión en un mes, tal como figura en el informe de 27 de septiembre de 2004, no acudiendo a dicha cita y siendo el 27 de septiembre de 2004 la última vez en que es revisado en cardiología del Hospital 12 de Octubre (folio 86).

TERCERO.- Por dichos hechos se ha instruido el pertinente expediente de responsabilidad patrimonial de conformidad con 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 con 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).

Al expediente administrativo se ha incorporado el historial y la documentación clínica relativa a los hechos expuestos, documentación correspondiente al Hospital 12 de Octubre (folios 38 a 86) y documentación del Hospital Ramón y Cajal (folios 87 a 278). Constan los informes de los servicios médicos implicados, informes de los facultativos del Hospital Ramón y Cajal (folios 279 a 281) y del Hospital 12 de Octubre (folio 86).

También se ha incorporado al expediente informe de la Inspección Médica de 12 de enero de 2011 (folios 284 a 292) que concluye que:

“La actuación clínica, fue en todo momento correcta, aplicando las medidas terapéuticas que actualmente existen para esta enfermedad, tanto en el Hospital Ramón y Cajal, como en el Hospital 12 de Octubre.

El seguimiento del paciente fue interrumpido por él mismo, al no volver a acudir a las citas programadas. La última visita al Hospital 12 de Octubre, fue el día 27/09/04. El paciente falleció el 23/03/07”.

En cumplimiento del procedimiento legalmente establecido, fue conferido trámite de audiencia a la parte interesada, mediante remisión de copia del expediente, por correo con acuse de recibo; a fin de que pudiera formular las alegaciones que tuviera por convenientes.

Con fecha 7 de abril de 2011 la representación de la reclamante presenta alegaciones en las que, en síntesis, reitera lo expuesto en un escrito inicial, insistiendo en *“la absoluta dejadez con la que actuaron los facultativos de los centros médicos referidos, que comportó una más que evidente mala praxis, provocó el fallecimiento de J.R.P.D.F. a consecuencia de un shock cardiogénico causado por la miocardiopatía hipertrófica obstructiva que padecía”*. También expresa que el informe de la inspectora médica no se ajusta a la realidad *“por cuanto que se indica que no volvió al hospital desde el año 2004, no siendo ello cierto puesto*

que esta parte ya adjunto junto a su escrito de reclamación dos informes médicos de dicho centro hospitalario de fechas 11 de abril y 2 de julio de 2006, por dos ingresos de urgencia a consecuencia de su enfermedad cardíaca que acreditan que sí fue visitado en el hospital Ramón y Cajal con posterioridad al año 2004, acreditando a su vez la dejadez del servicio de cardiología del centro". Estos informes no constan adjuntos a la reclamación presentada en la documentación remitida a este órgano consultivo. También reprochan la falta de incorporación al expediente de la historia clínica del paciente en un hospital privado.

El 28 de abril de 2011 se formula por la Secretaría General del Servicio Madrileño de Salud (por delegación de firma de la Viceconsejera de Asistencia Sanitaria en virtud de Resolución 26/2010, de 28 de julio) propuesta de resolución desestimatoria, que es informada favorablemente por los Servicios Jurídicos en la Consejería de Sanidad.

CONSIDERACIONES EN 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 fijo el 2 de julio de 2011.

SEGUNDA.- La reclamante está legitimada activamente para formular la reclamación de daños por responsabilidad patrimonial en nombre propio, al amparo del artículo 139 de la LRJ-PAC, en virtud del daño moral que le ocasionó el fallecimiento de su esposo.

El artículo 142.5 de la LRJ-PAC dispone que “*el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o determinación del alcance de las secuelas*”. Ha quedado acreditado en el expediente que el fallecimiento de la paciente tuvo lugar el 23 de marzo de 2007 pero la reclamante alega su interposición dentro de plazo al exponer que “*el plazo prescriptivo fue interrumpido con la presentación en fecha 19 de marzo de 2008, es decir, antes del plazo de un año, del escrito por el que dirigíamos la presente reclamación ante el Instituto Nacional de la Seguridad Social de Barcelona. Fue este organismo el que dirigió nuestro escrito al Servicio Madrileño de Madrid (sic) al entender que era el organismo competente para resolverla; sin embargo, el Servicio Madrileño de Salud en fecha 26 de junio de 2008 remitió carta al INSS de Barcelona rechazando hacerse cargo de la tramitación de la presente reclamación al considerar que no procedía la remisión directa de la misma, anunciando la posibilidad del perjudicado, quien suscribe, de dirigir dicha reclamación directamente contra el Servicio Madrileño de Salud, extremo que estamos llevando a cabo con el presente escrito de reclamación. Así, el plazo prescriptivo de un año volvió a iniciar su cómputo en fecha 6 de septiembre de 2008, fecha en la que fue notificada a la que suscribe la resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social con sede en Barcelona, por la que se nos informaba que el Servicio Madrileño de Salud había devuelto la reclamación al considerar que no procede la remisión directa efectuada por el INSS; por lo que la presentación no ha prescrito*”. Para acreditar este extremo se adjunta a la reclamación escrito del INSS fechado el 12 de agosto de 2008 en el que se comunica a la reclamante que el 11 de julio la Comunidad de Madrid devolvía el expediente por no proceder la remisión directa efectuada por el INSS.

El artículo 38.4 de la LRJ-PAC dispone que “*Las solicitudes, escritos y comunicaciones que los ciudadanos dirijan a los órganos de las Administraciones públicas podrán presentarse: b) En los registros de cualquier órgano administrativo, que pertenezca a la Administración General del Estado, a la de cualquier Administración de las Comunidades Autónomas, o a la de alguna de las entidades que integran la Administración Local si, en este último caso, se hubiese suscrito el oportuno convenio*”. Atendiendo a este precepto la interesada tenía derecho a presentar su reclamación dirigida al Servicio Madrileño de Salud en el registro del INSS, por lo que debió ser admitida por el Servicio Madrileño de Salud sin más dilación y sin hacer recaer sobre el administrado la carga de presentar una nueva reclamación que le fuera dirigida directamente.

En la documentación aportada por la reclamante no consta la fecha de notificación de la devolución de la reclamación por el Servicio Madrileño de Salud, pero el escrito del INSS por el que se le comunica esta circunstancia está datado el 12 de agosto de 2008, por lo que la reclamación presentada el 3 de agosto de 2009 ha de considerarse formulada en plazo, reconociendo los efectos de interrupción del plazo de prescripción que alega la reclamante.

Se cumple, igualmente, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid titular del servicio a cuyo funcionamiento se vincula el daño, al estar los hospitales Ramón y Cajal y 12 de Octubre integrados en la red pública sanitaria de la Comunidad de Madrid.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se encuentra regulada en el artículo 106.2 de la Constitución, en el Título X, Capítulo Primero y en la Disposición Adicional 12^a de la Ley 30/1992 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.

Como señala la doctrina del Tribunal Supremo, que plantea el estado de la cuestión en responsabilidad patrimonial de la Administración en materia de asistencia sanitaria -Sentencias de 26 de junio (recurso 6/4429/04), 29 de abril (recurso 6/4791/06) y 15 de enero (recurso 6/8803/03) de 2008- esta responsabilidad consiste en el derecho de los particulares a ser indemnizados por el Estado de toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, y el daño sea efectivo, evaluable económicamente e individualizado.

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.

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 aunque es imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

La apreciación del nexo causal entre la actuación de la Administración y el resultado dañoso producido, o la ruptura del mismo, es una cuestión jurídica revisable en casación, si bien tal apreciación ha de basarse siempre en los hechos declarados probados por la Sala de instancia, salvo que éstos hayan sido correctamente combatidos por haberse infringido normas,

jurisprudencia o principios generales del derecho al valorarse las pruebas, o por haberse procedido, al hacer la indicada valoración, de manera ilógica, irracional o arbitraria.

Por lo que se refiere a las características del daño causado, éste ha de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado, siendo sólo indemnizables las lesiones producidas provenientes de daños que no haya el deber jurídico de soportar de acuerdo con la ley. La antijuridicidad del daño viene exigiéndose por la jurisprudencia del Tribunal Supremo (Sentencias de 30 de octubre de 2003, recurso 6/1993/99, y de 22 de abril de 1994, recurso 6/3197/91, que citan las demás).

CUARTA.- Es igualmente necesario tener en cuenta, que es también doctrina jurisprudencial reiterada, por todas citaremos las sentencias del Tribunal Supremo de 20 de marzo de 2007, 7 de marzo de 2007, 16 de marzo de 2005 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*”, o lo que es lo mismo, la Administración sanitaria no puede constituirse en aseguradora universal y por tanto no cabe apreciar una responsabilidad basada en la exclusiva producción de un resultado dañoso.

Podemos resumir diciendo que no es exigible una actuación administrativa más allá de la buena práctica médica, *lex artis ad hoc*, porque entonces, y aunque nos encontramos con un posible daño, éste no estaría causado nunca por el funcionamiento normal del servicio, porque el servicio público no puede impedir el daño, lo que es lo mismo, no puede causarlo, no existiendo la necesaria relación de causalidad entre actividad

de la Administración y el evento dañoso. O bien porque no existe un daño antijurídico, una lesión, por cuanto en los casos de actividad de prestación ésta se asume voluntariamente, y se debe soportar su posible efecto adverso.

En el ámbito sanitario, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades por la propia naturaleza de ese servicio público, introduciéndose por la doctrina el criterio de la *lex artis* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios, siendo fundamental para determinar la responsabilidad, exigiéndose para su existencia no sólo la lesión sino también la infracción de ese criterio básico, siendo la obligación del profesional sanitario prestar la debida asistencia y no de garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

En este sentido el Tribunal Supremo en sentencia de 27 de noviembre de 2000, recuerda: “*Los conocimientos científicos, técnicos o experimentales, ni en medicina ni, probablemente, en ningún sector de la actividad humana, pueden garantizar al ciento por ciento un resultado determinado. La certeza absoluta debe tenerse excluida de antemano*”.

Esta misma Sala Tercera del Tribunal Supremo, en Sentencia de 19 de julio de 2004, señala: “*lo que viene diciendo la jurisprudencia y de forma reiterada, es que la actividad sanitaria, tanto pública como privada, no puede nunca garantizar que el resultado va a ser el deseado, y que lo único que puede exigirse es que se actúe conforme a lo que se llama lex artis*”.

Resulta ello relevante por cuanto el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial, no convierte a la Administración a través de esta institución, en una aseguradora universal de cualquier daño que sufran los particulares, debiendo responder sólo de aquellos que no tengan el deber jurídico de soportar.

QUINTA.- Aplicando la anterior doctrina al supuesto objeto del presente dictamen para saber si ha tenido lugar una correcta asistencia sanitaria o, lo que es lo mismo, se ha actuado conforme a la *lex artis ad hoc*, es preciso atender a los informes médicos que obran en el expediente.

Así, el informe de la Inspección Médica de 12 de enero de 2011 (folios 284 a 292) como juicio crítico expone:

“Según la bibliografía consultada la Miocardiopatía Hipertrófica, es una enfermedad del músculo del corazón que se caracteriza por el aumento del grosor de sus paredes.”

Las estrategias terapéuticas en la miocardiopatía hipertrófica obstructiva sintomática son:

- *El tratamiento médico, con bloqueadores beta o antagonistas del calcio, esto constituye el primer escalón terapéutico.*
- *La cirugía, al aliviar la obstrucción subaórtica, las presiones intraventriculares y la insuficiencia mitral, produce una importante y duradera mejoría sintomática funcional en la mayoría de los pacientes.*
- *Los primeros resultados con la implantación de marcapasos secuenciales eran alentadores.*

El paciente que fue diagnosticado en el año 2002 de Miocardiopatía Hipertrófica Obstructiva, fue tratado en los años 2003 y 2004 por Cardiología del Hospital Ramón y Cajal con consultas repetidas, pruebas y tratamientos, primero médico, con fármacos indicados en esta enfermedad como los betabloqueantes y los antagonistas del calcio, posteriormente con la implantación de un marcapasos bicameral.

Ante la persistencia de síntomas de disnea y dolor torácico irradiado a espalda, se le propuso al paciente intervención quirúrgica de ablación del

septo IV con objeto de mejorar la sintomatología, que el paciente no aceptó.

El paciente, consultó al Servicio de Cardiología del Hospital 12 de Octubre donde tras intentar los tratamientos médicos adecuados, realizaron las siguientes pruebas complementarias: una coronariografía, para descartar una posible enfermedad de vasos coronarios y estudios Hemodinámicos. El paciente acudió por última vez a la consulta de dicho Hospital el 27/09/04, en la cual, antes de decidir medidas terapéuticas más agresivas, aumentan el tratamiento médico, programando la revisión en un mes.

El paciente no volvió a acudir a las consultas de Cardiología del Hospital 12 de Octubre.

El paciente según consta en la reclamación falleció el día 23/03/2007”.

Finalmente, concluye que

“La actuación clínica, fue en todo momento correcta, aplicando las medidas terapéuticas que actualmente existen para esta enfermedad, tanto en el Hospital Ramón y Cajal, como en el Hospital 12 de Octubre.

El seguimiento del paciente fue interrumpido por él mismo, al no volver a acudir a las citas programadas. La última visita al Hospital 12 de Octubre, fue el día 27/09/04. El paciente falleció el 23/03/07”.

Este informe y el resto de documentación clínica incorporados al expediente ponen de manifiesto que no solo no hubo dejadez alguna en el tratamiento del paciente sino que se le practicaron numerosas pruebas para su tratamiento, incluida la colocación de un marcapasos.

Así, en el Hospital Ramón y Cajal se le realizó un holter el 9 de abril de 2003 y se le practicaron ecocardiogramas doppler los días 3 de abril, 19 de junio y 3 de octubre de 2003. El 16 de julio de 2003 se decidió presentar el estudio en sesión clínica, en la que se decidió la implantación de marcapasos DDD. El 26 de enero de 2004 se propuso al paciente intervención quirúrgica para ablación del septo IV.

En el Hospital 12 de Octubre, por su parte, se le realizaron holter los días 6 de mayo, 7 de junio y 30 de junio de 2004, el 7 de junio se le practicó analítica, radiografía de tórax, ecocardiograma y prueba de esfuerzo con consumo de oxígeno, el 17 de junio se le realizó un cateterismo y una arteriografía y el 17 de septiembre un estudio hemodinámico.

En definitiva, el marido de la reclamante tuvo un seguimiento constante y exhaustivo de su patología en ambos hospitales de la red pública madrileña hasta que dejó de acudir a los mismos, como lo pone de manifiesto el informe del Servicio de Cardiología del Hospital Ramón y Cajal (folio 281): “- 26 de enero de 2004: *Ante la persistencia de la sintomatología y al considerar que se ha producido un fracaso en el tratamiento médico del implante del marcapasos, le planteo la posibilidad de intervención quirúrgica o ablación del septo IV mediante intervencionismo. El paciente decide reflexionar sobre la indicación, pero no vuelve a acudir a consulta*”.

También hace referencia al abandono del seguimiento de su enfermedad por parte del paciente el informe del médico adjunto de Cardiología del Hospital 12 de Octubre (folio 86) al exponer: “*Se realizó estudio hemodinámico el 17 de septiembre de 2004, demostrando gradiente subaórtico inferior a 40 mm. Hg, con presión telediastólica de ventrículo izquierdo normal y árbol coronario normal. Con estos resultados y antes de tomar medidas más agresivas se decide incrementar el tratamiento médico y se cita para nueva revisión en un mes, tal como figura en el*

informe de 27 de septiembre de 2004, no acudiendo a dicha cita y siendo el 27 de septiembre de 2004 la última vez que es revisado en Cardiología del Hospital 12 de Octubre, sin que haya sido dado de alta en el hospital”.

A la reclamación se ha adjuntado un informe de un hospital privado de fecha 28 de septiembre de 2004 que es coincidente en el tiempo con el abandono del enfermo de su seguimiento y tratamiento en ambos hospitalares públicos. La interesada en alegaciones también reprocha la falta de incorporación al expediente de la historia clínica del paciente en este hospital privado, ahora bien su incorporación al expediente debía haber sido efectuada por la propia reclamante que es quien tiene derecho a dicho acceso y no la Administración sanitaria de la Comunidad de Madrid.

Como ha quedado expuesto más arriba la responsabilidad patrimonial de la Administración en el ámbito sanitario es una responsabilidad de medios y no de resultados por ello, al haberse aplicado al paciente todos los medios disponibles e indicados para su enfermedad según el estado de la ciencia para tratar su patología no cabe sino concluir que la actuación médica ha sido ajustada a la *lex artis ad hoc*.

Conforme a reiterada jurisprudencia, la carga de la prueba corresponde a los reclamantes –artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil– salvo la concurrencia de la fuerza mayor o la existencia de dolo o negligencia de la víctima que corresponde probar a la Administración. Asimismo, la doctrina jurisprudencial ha admitido la inversión de la carga de la prueba en aquellos supuestos en que su práctica es sencilla para la Administración y complicada para el reclamante, sentencias del Tribunal Supremo de 23 de octubre (Recurso nº 3071/03) y 2 de noviembre de 2007 (Recurso nº 9309/03) y 7 de julio de 2008 (Recurso nº 3800/04).

De acuerdo con dicha jurisprudencia, la reclamante no ha aportado elemento probatorio alguno que permita sustentar su reclamación, sino que

se limita a afirmar que ha habido dejadez y abandono por parte de los hospitales Ramón y Cajal y 12 de Octubre obviando y hasta negando el hecho de que el propio paciente abandonó el seguimiento de su enfermedad, como se desprende inequívocamente no sólo de los informes citados sino también de las historias clínicas incorporadas al expediente. En efecto, la reclamante en trámite de alegaciones argumenta que el informe de la inspectora médica no se ajusta a la realidad “*por cuanto que se indica que no volvió al hospital desde el año 2004, no siendo ello cierto puesto que esta parte ya adjunto junto a su escrito de reclamación dos informes médicos de dicho centro hospitalario de fechas 11 de abril y 2 de julio de 2006, por dos ingresos de urgencia a consecuencia de su enfermedad cardíaca que acreditan que sí fue visitado en el hospital Ramón y Cajal con posterioridad al año 2004, acreditando a su vez la dejadez del servicio de cardiología del centro*”. Como ya se expuso en los antecedentes de hecho, estos informes no constan adjuntos a la reclamación presentada como alega la interesada, ni tampoco constan en la historia clínica remitida, pero aún cuando dichas visitas a Urgencias del Hospital Ramón y Cajal se hubieran producido, ello no altera el hecho del abandono del seguimiento y tratamiento de la patología por parte de su esposo pues no se pueden equiparar a dicho seguimiento en la consulta de Cardiología, prácticamente mensual, según evidencia la historia clínica, dos visitas puntuales para crisis concretas que, además son tratadas en un servicio diferente, como es el Servicio de Urgencias.

Atendiendo a lo anterior, no puede considerarse acreditada la relación de causalidad entre el fallecimiento del esposo de la reclamante y la asistencia sanitaria recibida por el mismo.

Por todo lo expuesto el Consejo Consultivo formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración.

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, 29 de junio de 2011

