

Dictamen n^o **379/14**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **03.09.14**

DICTAMEN de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 3 de septiembre de 2014, 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 E.L.M.T., por los daños y perjuicios causados por la defectuosa asistencia sanitaria, prestada por el Hospital Universitario Fundación A.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por el consejero de Sanidad, mediante escrito de 10 de julio de 2014, con registro de entrada en este órgano el día 16 siguiente, se formula preceptiva consulta a este Consejo Consultivo por trámite ordinario, correspondiendo su estudio, en virtud de reparto de asuntos, a la Sección V, presidida por el Excmo. Sr. D. Andrés de la Oliva Santos, quien firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberado y aprobado, por unanimidad, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo, en su sesión de 3 de septiembre de 2014.

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

SEGUNDO.- Por escrito presentado en el registro del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) el día 30 de abril de 2013, el interesado anteriormente citado formula reclamación patrimonial a causa de la, a su juicio, deficiente asistencia sanitaria por la Fundación A en el diagnóstico y tratamiento de una fractura luxación de hombro derecho que sufrió el día 24 de noviembre de 2010 (folios 1 a 24).

El reclamante aporta con su escrito un informe emitido por un especialista en Traumatología y Cirugía Ortopédica que dice:

“El error de diagnóstico inicial, la reducción agresiva de la luxación, la demora en cirugía, el escalón articular y el cayo de fractura producidos tras la misma justificarían que el paciente haya necesitado más rehabilitación y tenga las secuelas actuales muy superiores a lo previsible para el tipo de lesiones de una rehabilitación de 6 a 9 meses y una limitación de las rotaciones en los últimos grados”.

Por todo ello solicita una indemnización de 54.974,96 €, de los cuales 20.334,99 € corresponden por incapacidad temporal, 2.033,49 € por factor de corrección, 25.096,80 € por secuelas (20 puntos), 2.509,68 € por factor de corrección y 5.000 € por factor de corrección por incapacidad parcial.

A su escrito acompaña, además del informe pericial al que se ha hecho referencia, escritura de poder general para pleitos, diversos informes del Servicio de Traumatología y del Servicio de Rehabilitación, todos ellos pertenecientes al Hospital Universitario Fundación A, declaración de la Renta de Personas Físicas del año 2012, unas radiografías y diversos artículos de literatura médica (folios 23 a 112 del expediente).

TERCERO.- Del examen de la historia clínica y de la restante documentación médica obrante en el expediente se extraen los siguientes hechos que se consideran de interés para la emisión del dictamen:

E.L.M.T., de 31 años de edad, sufrió un traumatismo, caída de un monopatín, el 24 de noviembre de 2010, siendo trasladado por el SAMUR al Servicio de Urgencias de la Fundación A al presentar dolor intenso, deformidad de hombro evidente e impotencia funcional. Tras la realización de una radiografía fue diagnosticado de luxación de hombro, que se redujo, con control radiográfico posterior satisfactorio. Se colocó cabestrillo y se indicó placa de control en 10 días y acudir antes a urgencias, si presentara dolor.

Al cuarto día, 28 de noviembre de 2010, acude nuevamente a urgencias porque el dolor es cada vez más intenso. Se realiza un TAC que pone en evidencia la presencia de una fractura de glenoides y fractura del acromion. Dado el tamaño y desplazamiento de la fractura de glenoides, se decide, para que el resultado sea mejor, realizar reducción y fijación del fragmento con anclajes y tornillos, intervención que se realizó en quirófano el 7 de diciembre de 2010, es decir, diez días, después mediante artroscopia siendo dado de alta el 8 de diciembre de 2010.

Tras revisión satisfactoria en el Servicio de Traumatología, el 24 de febrero de 2011 inicia tratamiento rehabilitador, llegando a estar más fuerte pero con limitación de movilidad.

El día 25 de abril de 2011 acude a revisión de Traumatología. Según consta en la historia clínica, el paciente ha evolucionado con consolidación de la fractura pero con rigidez postoperatoria, por lo que el 7 de junio de 2011 se realiza revisión quirúrgica para extracción de material de osteosíntesis y artrolysis.

Posteriormente, reinicia la rehabilitación con evolución favorable, persistiendo dolor en corredera bicipital y el 14 de octubre de 2011 es dado de alta.

De enero a abril de 2012 vuelve a realizar tratamiento rehabilitador para mejorar movilidad. El 14 de junio de 2012 refiere encontrarse aceptable, sin dolor y es dado de alta definitiva salvo retroceso (folio 345).

CUARTO.- Presentada la reclamación anterior, por el Servicio Madrileño de Salud se inicia el procedimiento de responsabilidad patrimonial al amparo de lo establecido en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y el Procedimiento Administrativo Común (en adelante, LRJ-PAC) y el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento del Procedimiento de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante, RPRP).

Y en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 10 del mismo Reglamento acabado de citar, ha sido recabado informe de los servicios cuyo funcionamiento pudiera haber ocasionado la presunta lesión indemnizable, quedando incorporados a las presentes actuaciones informe del servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología de la Fundación A de 6 de junio de 2013, (folios 117 a 119)

De la misma forma también se ha incorporado el informe de la Inspección Médica de fecha 15 de julio de 2013 (folios 340 a 346) quien manifiesta:

“Queda demostrado que no hubo error diagnóstico puesto que el paciente presenta una luxación que requería tratamiento urgente como así se hizo y la existencia o no de fracturas asociadas no modificaba en ese momento el tratamiento a seguir, por tanto en la

primera urgencia no estaba indicado realizar más pruebas sino simplemente reducir la luxación que se hizo utilizando la técnica de Kocher con tratamiento analgésico (no la de Hipócrates como dicen en la reclamación, ni bajo anestesia general, que no estaba indicada). Dos días después cuando persiste dolor se comprueba si hay fracturas asociadas y al existir, se programa el tratamiento que no tiene que ser necesariamente inmediato. En este caso presentaba 2 fracturas que no tenían por qué verse en una RX simple y que a corto plazo no modificaban el tratamiento. Posteriormente 10 días después se redujo en quirófano la fractura y se fijó el fragmento. El paciente estuvo haciendo Rehabilitación y en junio de 2012 está dado definitivamente de alta”.

El informe del médico inspector concluye que la atención prestada al reclamante *“ha sido la correcta utilizando en cada momento los medios de que se dispone, y no ha habido mala praxis en ninguna de las actuaciones”.*

Tras la incorporación de los anteriores informes al procedimiento, se ha notificado el trámite de audiencia al reclamante y a la Fundación A. Esta última remite escrito de alegaciones en las que es reiterado lo manifestado en el informe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

El reclamante, con fecha 15 de enero de 2014, presenta escrito de alegaciones en el que *“se impugnan expresamente todos los documentos que se aportan por la Administración al expediente tras nuestra reclamación patrimonial de fecha 29-4-13 y que se opongan a la presente reclamación”.* Así, considera que el informe del servicio de Traumatología y de la Inspección médica por “parciales y objetivos” (folios 357 y 358).

Finalmente, por el viceconsejero de Asistencia Sanitaria –por delegación en la secretaria general del Servicio Madrileño de Salud, según Resolución

26/2010, de 28 de julio- se dicta propuesta de resolución en fecha 17 de junio de 2014, en la que se desestima la reclamación indemnizatoria presentada por entender que la asistencia sanitaria dispensada en la Fundación A, fue adecuada y conforme a la *“lex artis”* (folios 359 a 363).

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), 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.

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

Ostenta el reclamante la condición de interesado para promover el procedimiento, al amparo del artículo 139 de LRJ-PAC, por cuanto que sufre los daños físicos y morales causados, supuestamente, por la deficiente asistencia sanitaria.

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.

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

En el presente caso, el reclamante tuvo que ser intervenido en dos ocasiones y recibir tratamiento rehabilitado que concluyó, tras ser dado de alta, el 14 de junio de 2012. Por tanto, la reclamación presentada 29 de abril de 2013, está presentada en plazo.

El procedimiento seguido no adolece de ningún defecto de anulabilidad o nulidad, por cuanto se han llevado a cabo todas las actuaciones necesarias para alcanzar adecuadamente la finalidad procedimental y, así, se ha practicado la prueba precisa mediante informe del servicio interviniente en este caso, informe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología de la Fundación A, y se ha puesto el expediente de manifiesto para alegaciones, en cumplimiento de los artículos 9, 10 y 11 del R.D. 429/1993, 82 y 84 de la Ley 30/1992, al interesado y al citado centro sanitario, en calidad de interesados en el procedimiento, por lo que no existe en absoluto indefensión.

TERCERA.- Como es sabido, la responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas viene establecida, con el máximo rango normativo, por el artículo 106.2 de nuestra Constitución, a cuyo tenor: *“los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en*

los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”. La regulación legal de esta responsabilidad está contenida en la actualidad en la LRJ-PAC y en el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial. El artículo 139 de la citada LRJ-PAC dispone, en sus apartados 1 y 2, lo siguiente:

“1º.- Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, 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.

2º.- En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

La jurisprudencia del Tribunal Supremo ha establecido en numerosas sentencias (por todas, v. las de la Sala de lo Contencioso-Administrativo de 26 de junio, sobre el recurso 4429/2004 y de 15 de enero de 2008, sobre el recurso nº 8803/2003) los requisitos de la responsabilidad extracontractual de la Administración, que son los siguientes:

1º) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

2º) La antijuridicidad del daño o lesión. Esta calificación del daño no viene determinada por ser contraria a derecho la conducta del autor, sino porque la persona que sufre el daño no tenga el deber jurídico de soportarlo, cuestión que es necesario examinar y dilucidar en cada caso concreto.

3º) La imputabilidad de la actividad dañosa a la Administración, requisito especialmente contemplado en las Sentencias del Tribunal Supremo de 10 de diciembre de 1982 y de 25 de febrero de 1981, que, al examinar la posición de la Administración respecto a la producción del daño, se refieren a la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece.

4º) El nexo causal directo y exclusivo entre la actividad administrativa y el resultado dañoso. El daño debe ser consecuencia exclusiva del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad administrativa, siendo esta exclusividad esencial para apreciar la antedicha relación o nexo causal.

CUARTA.- En el ámbito sanitario, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público. El criterio de la actuación conforme a la denominada “*lex artis*” se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios, pues la responsabilidad no nace sólo por la lesión o el daño, en el sentido de daño antijurídico, sino que sólo surge si, además, hay infracción de ese criterio o parámetro básico. Obviamente, la obligación del profesional sanitario es prestar la debida asistencia, sin que resulte razonable garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

En este sentido, las Sentencias del Tribunal Supremo de 27 de noviembre de 2000 (recurso nº 8252/2000), 23 de febrero de 2009 (recurso nº 7840/2004) y 29 de junio de 2011 (recurso nº 2950/2007) disponen que “*se trata, pues, de una obligación de medios, por lo que sólo cabe sancionar su indebida aplicación, sin que, en ningún caso, pueda exigirse la curación del paciente. La Administración no es en este ámbito una aseguradora universal a la que quepa demandar responsabilidad por el sólo hecho de la producción de un resultado dañoso. Los ciudadanos tienen derecho a la protección de su salud (artículo 43, apartado 1, de la*

Constitución), esto es, a que se les garantice la asistencia y las prestaciones precisas [artículos 1 y 6, apartado 1, punto 4, de la Ley General de Sanidad (RCL 1986, 1316) y 38, apartado 1, letra a), del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (RCL 1994, 1825)] con arreglo al estado de los conocimientos de la ciencia y de la técnica en el momento en que requieren el concurso de los servicios sanitarios (artículo 141, apartado 1, de la LRJ-PAC); nada más y nada menos”.

La misma Sala Tercera del Tribunal Supremo, en Sentencias de 19 de julio de 2004 (recurso nº 3354/2000) y 4 de abril de 2011 (recurso de casación nº 5656/2006), afirma que *“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”.*

Señalan las Sentencias del Tribunal Supremo de 26 de junio de 2008 (Recurso nº 4429/2004), de 20 de marzo de 2007 (Recurso nº 7915/2003) y 29 de junio de 2011 (recurso nº 2950/2007) 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”.* Todo lo anterior resulta relevante por cuanto el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial no convierte a la Administración en una aseguradora universal de cualquier daño que sufran los particulares, sino que únicamente debe responder de

aquéllos que los administrados no tengan el deber jurídico de soportar y sean causados por infracción de la llamada “*lex artis*”.

QUINTA.- Resulta acreditado en el expediente que el reclamante, diagnosticado el día 24 de noviembre de 2011 de luxación de hombro derecho y, cuatro días, después de fractura del glenoides y del acromion, precisó dos intervenciones quirúrgicas y tratamiento rehabilitador del que fue dado de alta el día 14 de junio de 2012. El interesado aporta informe pericial para demostrar que los daños sufridos por su accidente fueron agravados como consecuencia de la deficiente asistencia sanitaria, tanto en los días de incapacidad temporal como en las secuelas que sufre.

Acreditada la realidad de los daños sufridos, resulta necesario examinar si éstos fueron causados por la asistencia sanitaria prestada por la Fundación A.

Es conveniente recordar que en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración, la carga de la prueba de los presupuestos que hacen nacer la responsabilidad indemnizatoria, salvo circunstancias concretas que no vienen al caso, recae en quien la reclama (Sentencias del Tribunal Supremo de 25 de julio de 2003 –recurso 1267/1999–, 30 de septiembre de 2003 –recurso 732/1999– y 11 de noviembre de 2004 –recurso 4067/2000– entre otras).

En el caso que nos ocupa, el reclamante aporta un informe pericial firmado por un médico especialista en Traumatología y Valoración del daño corporal en el que se afirma que en la asistencia prestada por la Fundación A hubo un error de diagnóstico inicial, una reducción agresiva de la luxación diagnosticada, demora en la cirugía y un escalón articular y callo de fractura en el acromión producidos tras la cirugía.

Así, el reclamante, con base en el citado informe, afirma que existió un error de diagnóstico porque en la radiografía realizada el día 24 de

noviembre de 2010, antes de la reducción, se observaba luxación escapulo humeral subglenoidea con fractura de glenoides segmento informe y el reclamante solo fue diagnosticado de luxación de hombro, por lo que debió habersele realizado un TAC.

Frente a dicha afirmación, el informe el Servicio causante del daño, informe preceptivo de acuerdo con el artículo 10 RPRP, señala que *“no había ningún síntoma o signo clínico que hiciera sospechar otra lesión”*. Así, el informe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología de la Fundación A pone de manifiesto que las fracturas del reborde de la glenoides asociadas a luxación anterior del hombro pueden pasar con frecuencia desapercibidas en una radiografía simple como consecuencia de la dificultad para identificarlas, dado que se trata de un fragmento de hueso que queda superpuesto sobre el resto de la glenoides. Sin embargo, según el informe, puede ocurrir que este fragmento pase a ser identificable por el simple hecho de que la imagen varíe al cambiar la proyección radiográfica por una simple pequeña modificación consecuencia de pequeños cambios en la postura del paciente durante la realización de la prueba, como ocurrió en el presente caso en el que las proyecciones radiográficas realizadas el día 24 de noviembre de 2010 no permitieron ver con facilidad la fractura del reborde glenoideo, en tanto que las realizadas el día 28, sí permitieron identificarla con mayor facilidad. El diagnóstico se confirmó gracias al TAC realizado el día 28, cuando el paciente acudió a urgencias por segunda vez. Dice el informe: *“evidentemente resulta más fácil identificar la fractura en la radiografía del día 24, una vez que se ha apreciado con claridad en un TAC”*.

Por su parte, el informe de la Inspección Sanitaria considera que *“queda demostrado que no hubo error diagnóstico puesto que el paciente presenta una luxación que requería tratamiento urgente como así se hizo y la existencia o no de fracturas asociadas no modificaba en ese momento el*

tratamiento a seguir, por tanto en la primer urgencia no estaba indicado realizar más pruebas sino simplemente reducir la luxación (...)”.

Resultaría aquí de aplicación la prohibición de regreso, doctrina en cuya virtud debemos tener en cuenta que en sede de responsabilidad patrimonial sanitaria no es factible censurar el diagnóstico inicial de un paciente si el reproche se realiza exclusiva o primordialmente fundándose en la evolución posterior. A esta prohibición de regreso se refieren las SSTS, Sala 1ª, de 14 y 15 de febrero de 2006, 7 de mayo de 2007, 29 de enero de 2010, y 20 de mayo y 1 de junio de 2011 de modo que no es posible sostener la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o retraso diagnóstico o la inadecuación del tratamiento, sólo mediante una regresión a partir del desgraciado curso posterior seguido por el paciente ya que dicha valoración ha de efectuarse según las circunstancias en el momento en que tuvieron lugar; en definitiva, hay que valorar si conforme a los síntomas del paciente se pusieron a su disposición las exploraciones diagnósticas indicadas y acordes a esos síntomas, no siendo válido, pues, que a partir del diagnóstico final se considere las que pudieron haberse puesto si en aquel momento esos síntomas no se daban.

En el mismo sentido, como acertadamente señala la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 27 de abril de 2011 (recurso 771/2008) *«la medicina no es una ciencia exacta y, a “posteriori” es fácil diagnosticar y aventurar una posible actuación médica»*.

El reclamante, entre la documentación aportada con su reclamación aporta copia de diversos artículos de literatura médica relativos a las luxaciones de hombro. Entre ellos, aporta el *“Estudio de las luxaciones de hombro. Protocolos y valoración de la contingencia”* de forma incompleta porque solo aporta las páginas relativas al tratamiento (maniobras e inmovilización). El citado estudio, que aparece publicado en Internet, en relación con el diagnóstico señala que la radiografía es el medio

complementario de diagnóstico inicialmente más importante, más asequible y menos costoso para valorar luxaciones y posibles lesiones óseas asociadas y señala que *“el resto de métodos que mencionaremos se deben realizar una vez reducida la luxación, para confirmar/descartar lesiones asociadas”*.

Se alega también en la reclamación que hubo mala praxis porque, según el informe pericial aportado, estaba contraindicada la reducción sin anestesia por el tiempo transcurrido desde el accidente y la contractura antiálgica dificulta la reducción, pudiéndose producir fractura del acromion, del cuello y cabeza humeral o del reborde glenoideo inferior o si ya existieran estas fracturas previamente agravarlas.

Frente a esta afirmación, el informe del Servicio causante del daño afirma que

“De acuerdo con la lex artis, las luxaciones de hombro se tratan habitualmente mediante reducción cerrada bajo tratamiento analgésico. Esto fue lo que se hizo en este caso, una reducción cerrada tras la administración previa de un antiinflamatorio y analgésico (Enantyum). No había circunstancia alguna en este caso que aconsejara realizar la reducción bajo anestesia general o bajo la acción de relajantes musculares. Es más, la realización de la reducción bajo anestesia general podría suponer someter al paciente a un riesgo innecesario. La veracidad de esta afirmación viene corroborada por el hecho de que se pudo realizar la reducción satisfactoriamente”.

Además, según resulta del informe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología de la Fundación A, el tiempo en el que se realizó esta reducción cerrada está dentro del tiempo de que se aconseja tras el traumatismo y la técnica de reducción empleada en la reclamación patrimonial indica claramente que la técnica empleada fue la de Kocher, y

no la de Hipócrates como equivocadamente se afirma en la reclamación presentada que es la empleada por la Fundación A en las luxaciones anteriores de hombro.

En relación con la demora en la cirugía, el informe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología de la Fundación A afirma que en una fractura luxación del hombro la reducción de la luxación constituye una urgencia. En el caso de que sea necesario realizar una reducción y fijación de la fractura, ésta puede realizarse de manera diferida. *“Así se llevó a cabo en este caso y dentro del plazo aconsejado para el tratamiento de estas fracturas. Como en todas las fracturas atendidas en la Fundación A en las que existen dudas razonables en cuanto al tratamiento a realizar, el caso se presentó en sesión clínica. En este caso estas dudas estaban justificadas, dado que de acuerdo con el TAC, ni el desplazamiento ni el tamaño de la fractura de la glenoides de la escápula eran tan importantes como para indicar con seguridad un tratamiento quirúrgico”*.

Afirmación que corrobora el informe de la Inspección en el que se declara que el tratamiento para las fracturas asociadas a la luxación anterior no tiene que ser necesariamente inmediato.

El informe de la Inspección concluye que la atención dispensada al reclamante ha sido correcta utilizando en cada momento los medios de que se dispone y que no ha habido mala praxis en ninguna de las actuaciones.

Por tanto, frente al informe pericial aportado por el reclamante, deben tenerse en cuenta los informes médicos que obran en el expediente que, contrastados con la historia clínica examinada ponen de manifiesto que la asistencia dispensada al reclamante fue la correcta, actuando en cada momento según la sintomatología que presentaba el paciente. En este punto es relevante el informe de la Inspección Sanitaria, por su presumible imparcialidad, que recuerda la Sentencia de la Sala de lo Contencioso

Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 14 de marzo de 2013 cuando señala que *“los Inspectores Médicos son independientes del caso y de las partes y que, salvo que se demuestre lo contrario, actúan con criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad”*.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado mala praxis en la asistencia sanitaria prestada al reclamante.

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, 3 de septiembre de 2014