

Dictamen n^o: **426/10**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **01.12.10**

DICTAMEN de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, emitido por unanimidad, en su sesión de 1 de diciembre de 2010, sobre expediente de responsabilidad patrimonial instruido por reclamación de A.E.A. y E.G.E., que actúan en su propio nombre y en representación de su hija menor D.E.G., al amparo del artículo 13.1.f).1^o de la Ley 6/2007, de 21 de diciembre, de creación del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, en solicitud de indemnización de 300.000 euros como consecuencia del retraso diagnóstico de la hepatitis padecida por la menor y los daños subsiguientes.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El día 3 de noviembre de 2010 tuvo entrada en el registro del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid solicitud de dictamen, firmada por el Consejero de Sanidad el día 27 de octubre anterior, sobre propuesta de resolución de la reclamación de responsabilidad patrimonial por deficiente asistencia sanitaria referida en el encabezamiento.

Al expediente aquí incoado se le asignó el número de registro de entrada 400/10 y la ponencia correspondió, por reparto de asuntos, a la Sección VIII, presidida por el Excmo. Sr. D. Andrés de la Oliva Santos, que firmó la propuesta de dictamen, deliberado y aprobado por la Comisión Permanente del Consejo Consultivo, en sesión celebrada el día 1 de diciembre de 2010.

SEGUNDO.- En fecha 16 de abril de 2008 tiene entrada en el registro del Servicio Madrileño de Salud escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, firmado por el letrado P.L.A., en representación de A.E.A. y E.G.E., padres de la pequeña D.E.G., en solicitud de indemnización en cuantía de 300.000 euros, por los daños y perjuicios sufridos a causa de la pretendidamente inadecuada actuación de los servicios sanitarios en relación con la enfermedad sufrida por su hija. Los hechos en que se fundamenta la reclamación se exponen sintéticamente en dicho escrito y se pueden resumir del modo siguiente:

La niña -de 6 años de edad en el momento de los hechos- fue llevada el 14 de noviembre de 2006 al Hospital General Universitario Gregorio Marañón con síntomas que fueron diagnosticados como de colecistitis aguda calculosa y hepatopatía a estudio. Dado que el día 24 del mismo mes continuaba con los mismos síntomas -sin precisarse si aquella quedó ingresada en la primera consulta- se dice que fue diagnosticada de hepatitis colestásica a estudio, afirmándose en el escrito que los médicos *“no se dieron cuenta de que los síntomas que padecía eran de hepatitis y no tomando las medidas adecuadas pues el hígado se le estaba deteriorando”*.

Puesto que la niña no mejoraba y persistía la sintomatología, el padre decidió trasladarla al Hospital Ramón y Cajal el 27 de noviembre siguiente, donde fue diagnosticada de hepatitis fulminante, siendo remitida al Hospital Doce de Octubre para programar un trasplante hepático. El trasplante se realizó en dicho centro hospitalario el 9 de diciembre de 2006, surgiendo en el postoperatorio diversas complicaciones que fueron relativamente controladas, hasta que el 7 de marzo de 2007 la niña presentó fiebre y descompensación ascítica y quedó de nuevo ingresada en esa fecha.

El 19 del mes de marzo, la niña presentó una serie de síntomas que los médicos achacaron a una posible varicela y continuó al día siguiente con

fiebre, conjuntivitis, aftas orales, gingivitis hemorrágica, exantema mobiliforme, edema palpebral e hinchazón parotidea. A juicio de los reclamantes, se le pautaron indebidamente una serie de medicamentos para controlar esos síntomas (aciclovir, omeprazol,...), que son los que producen, según ellos, el síndrome de Stevens-Johnson. Esta medicación se le administró entre los días 20 y 23 de marzo. Hasta este día, siempre según la reclamación, el médico especialista no advirtió que la niña presentaba ese síndrome, pero ya era demasiado tarde y la enfermedad se había asentado, siendo la causante de los problemas de vista que actualmente padece la menor, que ha sufrido por este motivo varias operaciones y presenta un diagnóstico incierto acerca de si se va a quedar ciega en el futuro.

A lo anterior, añade el escrito, debe sumarse que, cuando ingresa la menor el 16 de enero de 2007 en la UCI procedente de planta, por insuficiencia renal aguda después del trasplante hepático, viene con un llamativo mal olor (olor fétido) en la zona de la malla, preguntándose los reclamantes por qué se dejó a la niña llegar a ese estado.

En suma, por el retraso diagnóstico de la hepatitis que le ocasionó indebidamente un trasplante hepático con los efectos secundarios, que llevaron a un ingreso por una ascitis y por la ingesta de medicamentos que le provocaron el síndrome de Stevens-Johnson con las consecuencias de pérdida de visión, *“además de todo el sufrimiento moral de la niña y sus padres”*, se reclama una cantidad de 300.000 euros, sin perjuicio del resultado final respecto a la pérdida de visión y posibles complicaciones hepáticas derivadas.

Al escrito de reclamación, se acompaña el poder para pleitos otorgado ante el Notario de Madrid I.G.A. el 4 de marzo de 2008, por el que los padres de D.E.G., en cuanto que titulares de la patria potestad, apoderan expresamente al letrado P.L.A. *“para intervenir ante toda clase de órganos de la Administración nacional, autonómica, provincial o municipal, en*

los expedientes que en ellos se promuevan o sigan”, facultándosele especialmente “para poder solicitar cualesquiera historiales médicos en cualquier centro médico u hospital tanto de los poderdantes como de su citada hija menor de edad D.E.G.”.

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

La niña D.E.G., con antecedentes de embarazo con diabetes gestacional, tratada con insulina, parto inducido a las 38 semanas, pesó al nacer de 3,500 kgr. y permaneció ingresada 10 días por riesgo infeccioso e ictericia (que cedió con fototerapia en ese tiempo), con un periodo de lactancia sin ictericia ni enfermedades hepáticas conocidas. La menor ingresó el 14 noviembre de 2006 en el Hospital Gregorio Marañón por presentar desde hacía 15 días coluria, hipocolia e ictericia mucocutánea, astenia, anorexia y abdominalgia en mesogastrio e hipocondrio derecho. Los últimos 5-6 días había tenido fiebre (máximo 38°) vespertina. A la exploración física se observa buen estado nutricional e ictericia mucocutánea; la auscultación cardiopulmonar es normal, el abdomen está algo distendido, presenta hepatomegalia de 3 centímetros, consistencia media, borde romo, superficie lisa, con dolor a la percusión, y no se palpa esplenomegalia. No presenta otras masas ni organomegalias.

El 18 de noviembre de 2006 se realiza hemograma, bioquímica, serología para Hepatitis A, Hepatitis C y Hepatitis B, con resultados negativos; analítica y cultivo de orina, y ecografía abdominal, sin que se aprecie patología apendicular. La paciente presenta moderada hepatoesplenomegalia sin lesiones focales, con conservación del árbol portal biliar y vena suprahepática. Se aprecia engrosamiento de pared de vesícula biliar que, junto con líquido libre en abdomen, sugiere el diagnóstico de colecistitis. Se advierte también moderada esplenomegalia.

El 21 de noviembre de 2006 se realiza nuevo hemograma, bioquímica y estudio de coagulación; y el 24 de noviembre 2006 se repite hemograma y se realiza estudio de coagulación, bioquímica, ceruloplasmina, Alfa 1 antitripsina, estudio de cobre en sangre y orina y ecodoppler hepático. Durante todo el ingreso de la paciente (el alta se produce el 22 de noviembre de 2006), permanece colestática, y presenta picos de fiebre vespertina, máximo 38°, comiendo mal, y al 4º día de ingreso, valorando la ecografía y la bioquímica con parámetros inflamatorios negativos, se le trata con antibiótico (Augmentine vía oral), con lo que el último día sólo presenta febrícula. El diagnóstico de alta es “*Hepatitis Colestásica a estudio*”.

El 24 de noviembre de 2006, ante el empeoramiento de parámetros analíticos, la niña es revisada en consultas externas y se decide nuevo ingreso para completar estudio. Por decisión paterna, es enviada al Centro Hospitalario que por zona les corresponde (Hospital Ramón y Cajal).

En este Hospital ingresa el 27 de noviembre de 2006. A la exploración física se aprecia “*un peso de 22 kgs., Ta: 36,8° C, TA: 1 10/60, buen estado general (BEG), bien hidratada y perfundida, no exantemas ni petequias. Sin adenopatías significativas. Ictericia de piel y mucosas. No edemas. Auscultación pulmonar: no signos dificultad respiratoria, no ruidos añadidos. Auscultación cardiaca: rítmica, sin soplo. Abdomen: distendido, defensa voluntaria que imposibilita palpación reborde hepático. No signos irritación peritoneal, ruidos hidroaéreos positivos, ascitis. ORL normal. Neurología: no rigidez de nuca ni signos meníngeos*”. Dada la alteración de la coagulación y la ausencia de indicación urgente de punción, se decide no realizarla y valorar evolutivamente. Se recomienda reposo y evitar golpes, sin tratamiento específico, pautándole sólo vitamina K.

El 28 de noviembre de 2006 se anota que, desde el ingreso, la paciente se ha mantenido estable y refiere náuseas. La niña presenta tendencia al sueño, cambios de humor (irritable con frecuencia) y astenia marcada. Permanece afebril. Realiza una diuresis de 300 ml en toda la noche. Presenta buen estado general, color ictérico de piel y mucosas. El abdomen está distendido, no se palpa hígado ni bazo, no masas. Presenta ascitis, no tiene edemas, ni signos cutáneos de hepatopatía. Se le da de alta ese día con diagnóstico de hepatitis fulminante y es remitida a Centro hospitalario con programa de trasplante hepático (Hospital Doce de Octubre), donde ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), como es preceptivo en pacientes con diagnóstico de fallo hepático agudo.

Durante su estancia en la UCIP se inició el tratamiento de soporte y se procedió a completar los estudios diagnósticos necesarios para identificar, si fuese posible, la etiología del proceso, al tiempo que se iniciaba su evaluación como candidata a trasplante con el fin de descartar cualquier contraindicación, incluyéndose en lista de espera de trasplante de la ONT (Organización Nacional de Trasplantes) con urgencia.

Con el diagnóstico de insuficiencia hepática aguda grave de causa no conocida, y con un deterioro clínico importante, encefalopatía hepática grado II-III, se realizó el trasplante el 9 de diciembre de 2006, utilizándose un hígado procedente de donante cadavérico adulto de grupo sanguíneo compatible, no isogrupo, implantándose los segmentos II y III del lóbulo hepático izquierdo. La función hepática se normalizó el día 21 del post-trasplante; el consentimiento informado para dicha intervención fue prestado y firmado el día 4 de diciembre de 2006.

El postoperatorio inmediato transcurrió con las complicaciones habituales: Rechazo celular agudo grado 1 en el día +10, que fue controlado con bolos de metilprednisolona. Hemorragia digestiva leve, Derrame pleural derecho sin repercusión respiratoria. Fue reintervenida en

dos ocasiones, en el postoperatorio inmediato, días +14 y +18 del post trasplante por dehiscencia de la malla y de la herida quirúrgica de la pared abdominal, respectivamente.

El 28 de diciembre de 2006 (día +18 del postoperatorio) se retira la primera malla y se sustituye por una nueva. El día +39 (18 de enero de 2007) se la reintervino por tercera vez para la retirada de la nueva malla que cubría la superficie del hígado implantado al estar infectada. La fecha de esta nueva intervención vino determinada por la necesaria estabilización de la paciente y el momento que determinó el Servicio de Cirugía de Trasplante hepático, siendo su recuperación completa tras la retirada del foco infeccioso.

El 24 de febrero de 2007 fue dada de alta, constando en el evolutivo de la paciente *“excelente estado general, mejoría analítica, realizará cura de herida”*.

El 25 de febrero de 2007, en la revisión después del alta, consta en la exploración física que *“ha estado bien en casa, refiere febrícula, máximo Ta. 37,6° C”*.

El 7 de marzo de 2007 precisa nuevo reingreso refiriendo fiebre, dificultad respiratoria y distensión abdominal. En la exploración se confirma la presencia de ascitis. Tras los estudios diagnósticos se evidencia derrame pleural y afectación pulmonar y, por tanto, se coloca tubo de drenaje y se inicia tratamiento antibiótico de cobertura hasta tener resultado de cultivos. Se solicitan estudios de imagen para saber el origen de la ascitis, parte de los cuales se tuvieron que posponer por las complicaciones mucocutáneas que desarrolló, apareciendo durante su ingreso un cuadro cutáneo con exantema maculopapuloso, morbiliforme y con desarrollo posterior de vesículas y descamación.

Tras la toma de cultivos y analíticas de sangre para estudio serológico, y ante la posibilidad diagnóstica de infección herpética, se administra Aciclovir por vía intravenosa (previamente la paciente lo tomaba por vía oral), para prevenir infección por citomegalovirus. Con el desarrollo completo del cuadro, se estableció el diagnóstico de síndrome de Stevens-Johnson, iniciándose tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas y corticoides. Las lesiones cutáneas fueron recuperándose (este síndrome se considera una enfermedad autolimitada) de un modo lento y la evolución de las lesiones en los párpados fue aún más lenta dada la dificultad de aplicar el tratamiento tópico prescrito.

Tras la mejoría del síndrome de Stevens-Johnson, se pudieron realizar las pruebas de imagen pendientes, confirmándose que la ascitis se debía a un síndrome de Budd-Chiari causado por estenosis de la anastomosis venosa entre la vena cava inferior del receptor y la vena suprahepática del injerto implantado; se indicó tratamiento por radiología intervencionista, realizándose una exploración vascular con angioplastia de la estenosis y resolución del cuadro, desaparición de la ascitis, permitiendo la retirada posterior de los diuréticos con los que se había controlado la ascitis. La paciente fue dada de alta a su domicilio, recuperándose progresivamente, con desaparición de todas las lesiones cutáneas y repitelización total de las superficies afectadas y desaparición prácticamente total de las diferencias de pigmentación de la piel. La evolución de las lesiones oculares ha sido más tórpida, con aparición de secuelas, entropión de los 4 párpados, principalmente de los párpados inferiores con componente espástico, complicaciones que están siendo tratadas por el Servicio de Oftalmología Pediátrica.

El 14 de febrero de 2008, tras el alta de la intervención quirúrgica de entropión de párpado superior ojo derecho o Síndrome Stevens-Johnson ocular, se alcanza el juicio diagnóstico de entropión párpado superior ojo derecho cicatricial ya intervenido. Discreto entropión ambos ojos párpado

inferior espástico, xerosis ocular, inicio de insuficiencia límbica bilateral, con pérdida de células caliciformes conjuntivales.

CUARTO.- Presentada la reclamación, se procede a incoar el oportuno expediente de responsabilidad patrimonial con fecha 20 de junio de 2008, habiéndose seguido en su tramitación el procedimiento establecido en el Título X de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), así como en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por Real Decreto 429/1992, de 26 de marzo (RPRP).

Así, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 10 del RPRP, se han recabado la Historia Clínica del paciente, el informe de la Inspección Médica, y el informe del servicio médico al que se imputa la causación del daño (Servicio de Gastroenterología y Hepatología Pediátrica del Hospital Doce de Octubre).

Con carácter previo al trámite de audiencia, consta haberse remitido el expediente en fecha 30 de marzo de 2009, según se desprende de correo electrónico de ese día, a la Comisión de Seguimiento del Seguro de Responsabilidad Civil/Patrimonial. Obra en el expediente también volcado de una pantalla de ordenador -sin fecha- en que se comunica al Hospital General Universitario Gregorio Marañón, al Hospital Universitario 12 de octubre y a la Subdirección General de Inspección Sanitaria y Farmacéutica, que el expediente *«se ha visto en la Comisión Mixta Administración/Compañía Aseguradora con el resultado de “REHUSE”. Por esta Dirección General se continuarán los trámites de procedimiento de responsabilidad patrimonial con el fin de dictarse en su momento resolución definitiva»*.

En relación con lo anterior, se ha dado también traslado del expediente de responsabilidad patrimonial a A, a efectos de su traslado a B, Compañía Aseguradora con la que el Servicio Madrileño de Salud tiene concertada la póliza del seguro de responsabilidad civil. A acusa recibo de la recepción de la documentación, dando traslado a B, por escrito fechado el 6 de abril de 2009. Asimismo, en cumplimiento de los artículos 84 de la LRJAP-PAC y 11 del RPRP, una vez instruido el expediente e inmediatamente antes de redactarse la propuesta de resolución, se ha dado trámite de audiencia a los reclamantes, quienes, por medio de su letrado, han presentado escrito de alegaciones en fecha 13 de noviembre de 2009 (del servicio de Correos). En dicho escrito, se reiteran las alegaciones vertidas en el escrito de reclamación inicial, manteniéndose la cifra en la que se estima la responsabilidad patrimonial de la Administración (300.000 euros), añadiéndose a esta cantidad, como novedad, *“los intereses imputables a la Administración y moratorios del artículo 20 de la Ley del Contrato de Seguro aplicable a la entidad aseguradora de la Administración, por no haber consignado para pago el importe mínimo del siniestro. Se solicita nos informen del nombre de dicha entidad y número de póliza a los efectos pertinentes de realizarles expresamente la advertencia anteriormente dicha, con independencia de que ya informaron Vds. del siniestro a broker A, según obra en el expediente”*.

Finalmente, por la Viceconsejera de Asistencia Sanitaria -por delegación de la Secretaria General del Servicio Madrileño de Salud, según Resolución 12/2009, de 5 de noviembre- se dictó propuesta de resolución en fecha 23 de septiembre de 2010, en que se desestima la reclamación indemnizatoria presentada, por considerar, haciendo suyas las conclusiones alcanzadas en el informe de la Inspección Médica, que la asistencia sanitaria dispensada a la paciente fue correcta y ajustada a la *lex artis ad hoc*, *“ya que tanto la indicación como la realización de los procedimientos médicos y quirúrgicos efectuados, fueron llevados a cabo según el estado actual de la ciencia y de*

la técnica”. Por entender que las consideraciones recogidas en ese informe no han sido desvirtuadas por los reclamantes, se considera que el órgano instructor no puede hacer más que proponer la desestimación de la reclamación.

La propuesta de resolución ha sido informada favorablemente por el Servicio Jurídico en la Consejería de Sanidad el pasado 26 de octubre de 2010.

QUINTO.- En el expediente remitido por la Consejería de Sanidad, debidamente numerado y foliado y que se estima completo, se ha incorporado la siguiente documentación:

1. Documentación clínica en relación con la paciente remitida desde el Hospital General Universitario Gregorio Marañón y desde el Hospital Universitario 12 de octubre.
2. Historia Clínica remitida desde el Hospital Ramón y Cajal.
3. Informe del Dr. M., Jefe de Sección del Servicio de Gastroenterología y Hepatología Pediátrica del Hospital Universitario 12 de octubre.
4. Informe de la Inspección Sanitaria, en que, tras el estudio de los documentos presentados y del examen de la Historia Clínica del paciente, concluye que *“La asistencia prestada ha sido correcta y adecuada a la lex artis ad hoc, ya que tanto la indicación como la realización de los procedimientos médicos y quirúrgicos efectuados, fueron llevados a cabo según el estado actual de la ciencia y de la técnica. El paciente tiene derecho a que se le dispense una protección adecuada (...) y a no obtener un resultado curativo determinado, toda vez que la medicina no es una ciencia exacta, a pesar de la correcta actuación de los profesionales sanitarios”*.

A los hechos anteriores, les son de aplicación las siguientes

CONSIDERACIONES EN DERECHO

PRIMERA.- Es preceptiva la solicitud y emisión de dictamen por la Comisión Permanente del Consejo Consultivo, de acuerdo con el artículo 13.1.f).1º de la Ley 6/2007, de 21 de diciembre, reguladora del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, conforme al cual este órgano deberá ser consultado en el caso de *“Expedientes tramitados por la Comunidad de Madrid, las entidades locales y las universidades públicas sobre: 1.º Reclamaciones de responsabilidad patrimonial, cuando la cantidad reclamada sea igual o superior a 15.000 euros o cuando la cuantía sea indeterminada”*.

En el caso que nos ocupa, la reclamación patrimonial presentada se ha cifrado por la propia interesada en la cuantía de 300.000 euros, por lo que resulta preceptivo el dictamen del Consejo Consultivo.

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

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

competente deberá resolver según su recto saber y entender, habida cuenta que el presente dictamen no tiene carácter vinculante.

SEGUNDA.- Los reclamantes formulan su pretensión indemnizatoria mediante letrado, habilitado expresamente por poder para pleitos que se acompaña al escrito de reclamación inicial, para interponer toda clase de acciones ante las Administraciones Públicas en representación de sus poderdantes, en los casos en que éstos actúen en su propio nombre y derecho, y en el de su hija D.E.G., respecto de la cual ejercen la patria potestad. Además del poder para pleitos, se acompaña también el Libro de Familia, que acredita el vínculo paterno-filial existente entre los reclamantes y su hija menor.

La posibilidad de interponer reclamaciones por medio de representante (sea o no letrado) con poder al efecto está expresamente admitida en el artículo 32.3 de la LRJAP-PAC, recayendo la legitimación activa en el titular de los derechos o intereses legítimos involucrados en el procedimiento administrativo iniciado a su instancia (cfr. artículo 31.1.a) de la LRJAP-PAC). En el caso examinado, dicha legitimación la ostentan los padres de la menor, que reclaman en su propio nombre y derecho, al solicitar expresamente ser indemnizados -reza literalmente la reclamación- *“por todo el sufrimiento moral de los padres (de D.E.G.)”*, actuando también aquéllos en representación de su hija menor de edad, sometida a la patria potestad de sus progenitores (artículo 162 del Código Civil), puesto que, además del daño moral mencionado, incluyen también la petición de ser resarcidos por los daños físicos y morales padecidos por la niña, conceptos todos ellos que engloban en la cantidad fijada a tanto alzado de 300.000 euros.

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 de la Comunidad de Madrid, en concreto, en los Hospitales Universitarios Gregorio Marañón y 12 de octubre de Madrid.

Debe mencionarse que los padres de la menor se dirigen también, siquiera sea en fase de alegaciones, contra la compañía aseguradora de la Administración, solicitando expresamente se incluya en la cantidad reclamada como indemnización los intereses moratorios del artículo 20 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, del Contrato de Seguro.

No podemos entrar aquí en el fondo de la pretensión dirigida contra la compañía de seguros, tendente a obtener de ella el pago de los intereses moratorios de la cantidad adeudada como indemnización. Baste apuntar a que el citado artículo 20 de la LCS, en su regla 8^a, establece a que *“No habrá lugar a la indemnización por mora del asegurador cuando la falta de satisfacción de la indemnización o del pago del importe mínimo esté fundada en una causa justificada o que no le fuere imputable”*. En interpretación de esta norma legal, el Tribunal Supremo, invocando el brocardo *“in illiquidis non fit mora”*, ha señalado que *“...la aplicación de tal interés no es procedente cuando la cuantía indemnizatoria tiene una causa alegada no predeterminada con exactitud en cuanto a su origen, alcance y efectos, que en consecuencia requiere su previa determinación judicial, ..., puesto que entre tanto no se determine adecuadamente la causa generadora de efectos indemnizatorios, y con ello el quantum indemnizatorio que determine, se da causa justificada de impago que los citados arts. 20 y 38 de LCS consideran a sensu contrario para no estimar aplicable el interés del 20%”*. Los intereses que contempla el artículo 20 de la LCS tienen carácter sancionador o penitencial, de tal manera que, existiendo causa justificada en la actitud de la aseguradora para no proceder al pago -como la iliquidez de la deuda-, no procede la condena al pago de tales intereses moratorios, debiendo comenzar el devengo de los intereses en el momento en que adquiere firmeza la resolución judicial por la que se declare la obligación del asegurador de

indemnizar (*vid.* por todas, las SSTs de 31 de julio de 1998, 13 de junio de 1998, 16 de mayo de 1996, 2 de febrero de 1993 o 31 de marzo de 1992).

Hecha esta precisión respecto de la improcedencia de reclamar los citados intereses moratorios de la aseguradora de la Administración, desde el punto de vista formal sí está perfectamente admitida la posibilidad de dirigirse frente a la aseguradora de la Administración, cuando en el procedimiento de responsabilidad patrimonial se ventilen daños que se encuentren cubiertos por póliza de seguro de responsabilidad civil, como es el caso. Y al dirigir los interesados su reclamación también frente a la compañía de seguros de la Administración, ninguna duda cabe acerca de la condición de interesada en el procedimiento de esta última.

Así lo señalábamos en nuestro reciente dictamen 388/10, en que citábamos, para fundamentar esta posibilidad, el artículo 9.4 de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, en su redacción actual dada por la Ley Orgánica 19/2003, de 23 de diciembre, que establece que *“Igualmente conocerán (los tribunales del orden contencioso-administrativo) de las reclamaciones de responsabilidad cuando el interesado accione directamente contra la aseguradora de la Administración, junto a la Administración respectiva”*.

Por ello, en coherencia con este precepto legal, también el artículo 2.e) de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, dispone que *“el orden jurisdiccional contencioso-administrativo conocerá de las cuestiones que se susciten en relación con (...) e) La responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, cualquiera que sea la naturaleza de la actividad o el tipo de relación de que derive, no pudiendo ser demandadas aquéllas por este motivo ante los órdenes jurisdiccionales civil o social, aun*

cuando en la producción del daño concurren con particulares o cuenten con un seguro de responsabilidad”.

Como señalábamos en dicho dictamen, *«pese a que el Tribunal de Conflictos de Jurisdicción (en Auto de 27 de diciembre de 2001) ha entendido que el mencionado artículo no supone la derogación tácita del artículo 76 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, del Contrato de Seguro, que otorga al asegurado acción directa frente a la aseguradora, es evidente que la posibilidad de accionar conjuntamente frente a la Administración y su compañía de seguros, primero en vía administrativa, y ulteriormente, ante el orden jurisdiccional contencioso-administrativo, entraña ventajas evidentes para el perjudicado. La primera, y más relevante desde el punto de vista práctico, es que, se evita el riesgo de la prescripción de la acción para reclamar frente a la Administración, dado que la reclamación frente a la aseguradora no interrumpe el mencionado plazo prescriptivo, por lo demás muy breve (un año, según el artículo 142.5 de la LRJAP-PAC). En definitiva, por tanto, la unidad de fuero jurisdiccional otorga “vis atractiva” al orden contencioso-administrativo en los supuestos de responsabilidad patrimonial, para conocer de las pretensiones deducidas, no sólo frente a la Administración -que sólo puede ser demandada ante esta jurisdicción especial-, sino también frente a los particulares que hubieran concurrido de cualquier forma a la producción del daño, y frente a la compañía de seguros de la propia Administración, para el supuesto de que se trate de riesgos cubiertos por su póliza».*

En cuanto al plazo para el ejercicio de la acción de responsabilidad patrimonial, es de un año, contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo (cfr. artículo 142.5 de la LRJAP).

Si en el caso presente consideramos que el 14 de febrero de 2008, a tenor de la historia clínica remitida de la paciente, ésta fue diagnosticada,

tras el alta de la intervención quirúrgica de entropión de párpado superior del ojo derecho o Síndrome de Stevens-Johnson ocular, de entropión en ambos ojos, párpado inferior espástico, xerosis ocular e inicio de insuficiencia límbica bilateral con pérdida de células calciformes conjuntivales, sería aquélla fecha la que debería tomarse como *dies a quo* para el cómputo del referido plazo prescriptivo. En efecto, las secuelas descritas constituyen una novedad con respecto al síndrome de Stevens-Johnson inicialmente diagnosticado en un solo ojo, y por tanto, a falta de nuevos datos médicos que evidencien un empeoramiento del estado de salud de la paciente, que permitiera reabrir nuevamente el plazo prescriptivo, debemos considerar que la reclamación patrimonial, presentada el 16 de abril de 2008, se interpuso dentro de plazo.

TERCERA.- En la tramitación del procedimiento, se han seguido los trámites legales y reglamentarios. En concreto, se ha recabado el informe del servicio que supuestamente causó el daño (exigido por el artículo 10 del RPRP), así como el de la Inspección Médica. Y se ha concedido trámite de audiencia a los interesados, exigido con carácter general en el artículo 84 de la LRJAP-PAC, sin que pueda argumentarse que se les haya irrogado indefensión.

Igualmente, se ha dado trámite de audiencia a la Compañía Aseguradora de la Administración, habiéndose dado traslado, con anterioridad a dar audiencia a los reclamantes, a B, aseguradora del Servicio Madrileño de Salud, por conducto de la correduría de seguros A. Consta también que se ha examinado el expediente en la Comisión Mixta Administración/Compañía Aseguradora, con rechazo del abono de la indemnización.

En este apartado debemos mencionar asimismo, aunque constituye una mera irregularidad no invalidante, la constante inobservancia de los plazos que marca la legislación vigente en orden a la tramitación de los

procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial, que se deberán resolver en un plazo máximo de seis meses desde su iniciación, salvo que se hubiese acordado periodo extraordinario de prueba, conforme al artículo 13.3 del RPRP.

En el caso examinado, la reclamación patrimonial se presenta el 16 de abril de 2008 y, sin embargo, no se recaba dictamen de este órgano consultivo hasta el 3 de noviembre de 2010 -en que la petición tiene entrada en el registro del Consejo Consultivo-, sin que exista causa objetiva que justifique esta dilación tan excesiva. En cualquier caso, ello no es óbice para que subsista la obligación de resolver para la Administración *ex* artículo 42 de la LRJAP-PAC, y por tanto, de emitir dictamen para este Consejo Consultivo.

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

Según abundante y reiterada jurisprudencia, para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran alterar dicho nexo

causal. c) Ausencia de fuerza mayor, y d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

La responsabilidad de la Administración es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión, siendo imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido. La STS (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 6^a) de 5 de junio de 1998 (RJ 1998\5169), se pronunció sobre el carácter objetivo de la responsabilidad de la Administración, previniendo frente al riesgo de erigir dicho principio de responsabilidad objetiva en un sistema providencialista, que llevaría a la Administración a responder de cualesquiera daños que se produjesen como consecuencia del funcionamiento de un servicio público o de la utilización de bienes de titularidad pública, sin exigir la presencia de ese nexo causal de todo punto imprescindible para la apreciación de dicha responsabilidad. El fundamento primero de dicha Sentencia se pronunciaba en los siguientes aclaratorios términos:

“(...) esta Sala ha declarado reiteradamente que no es acorde con el principio de responsabilidad objetiva, recogida en los artículos 40.1 de la Ley de Régimen Jurídico de la Administración del Estado y 139.1 de la vigente de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común de 26 de noviembre de 1992, la generalización de dicha responsabilidad más allá del principio de causalidad, aun en forma mediata, indirecta o concurrente, de manera que, para que exista aquella, es imprescindible la existencia de nexo causal entre la actuación de la Administración y el resultado lesivo o dañoso producido, que en este caso, como ha declarado la sentencia de instancia, no puede apreciarse ya que la socialización de riesgos que justifica la responsabilidad objetiva de la Administración cuando actúa al servicio de los intereses generales no permite extender dicha responsabilidad hasta

cubrir cualquier evento por el mero hecho de que se produzca dentro de sus instalaciones cuando ni éstas constituyen un riesgo en sí mismas ni sus características arquitectónicas implican la creación de tal situación de riesgo ni, mucho menos, se ha acreditado que el accidente lesivo se haya producido por un defecto en la conservación, cuidado o funcionamiento de éstos, de tal manera que el hecho causal causante del accidente es ajeno por completo al actuar de la Administración y en consecuencia ninguna relación existe entre el resultado lesivo y el funcionamiento normal o anormal del servicio público, ni de manera directa ni indirecta, inmediata o mediata, exclusiva ni concurrente.

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

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, las singularidades del servicio público han llevado a introducir el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios, siendo fundamental para determinar la responsabilidad, no sólo la existencia de lesión, en el sentido de daño antijurídico, sino también la infracción de ese parámetro o criterio básico, siendo obligación del profesional sanitario prestar la debida asistencia y no garantizar, en todo caso, el resultado satisfactorio.

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

Como quiera que, según se ha dicho, en el caso de la responsabilidad patrimonial de la Administración, nos hallamos en presencia de una responsabilidad objetiva, la jurisprudencia se ha encargado de ir perfilando los caracteres y requisitos que ha de reunir para poder apreciar o no su concurrencia. Así, si, por obvias razones, la actuación de los servicios públicos sanitarios no puede garantizar siempre un resultado favorable a la salud del paciente, se hace necesario establecer un requisito adicional que permita diferenciar los casos en que debe responder la Administración Sanitaria, de aquellos otros en los que se ha de considerar que el daño no es antijurídico y que no procede de la actuación administrativa, sino de la evolución de la propia patología del enfermo.

Pues bien, este requisito adicional y específico en materia sanitaria no es otro que la infracción de la *lex artis*, de modo que los profesionales de la salud están obligados a prestar la atención sanitaria a los enfermos mediante la adopción de cuantas medidas diagnósticas y terapéuticas conozca la ciencia médica y se hallen a su alcance, no comprometiéndose en ningún

caso a la obtención de un resultado satisfactorio, por ser contrario tanto a la naturaleza humana como a las limitaciones de su arte y ciencia. Esto es, si la prestación sanitaria es correcta y con arreglo a los conocimientos y prácticas de la ciencia médica, se dirá que la actuación médica se ha ajustado a la *lex artis*, sin que nazca entonces responsabilidad alguna.

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

Conforme a las reglas generales aplicables en orden a la carga de la prueba, es al reclamante a quien corresponde, de ordinario, probar tanto la violación de la *lex artis* como la existencia de nexo causal.

QUINTA.- Sobre la base de las consideraciones anteriores, es preciso analizar si, en el caso presente, ha existido violación de la *lex artis ad hoc* por parte de los profesionales sanitarios que atendieron a la menor.

Visto el escrito de reclamación presentado por los padres de la menor y el ulterior escrito de alegaciones en trámite de audiencia, los reproches que aquéllos dirigen respecto de la atención sanitaria dispensada a su hija, son básicamente dos. La primera recriminación se refiere a la asistencia

dispensada por los médicos del Hospital Gregorio Marañón, que, a juicio de los reclamantes, no diagnosticaron correctamente la hepatitis que su hija padecía, lo que obligó a sus padres a llevarla al hospital que por zona les correspondía -el Ramón y Cajal- donde sí se le diagnosticó una hepatitis fulminante, con traslado de la menor a la unidad de trasplante hepático infantil del Hospital 12 de octubre. De esta argumentación se desprende que, más que un error de diagnóstico, lo que los padres dicen que hubo es un retraso en el diagnóstico de la hepatitis que la niña sufría, retraso que propició un deterioro del hígado que degeneraría en una hepatitis fulminante, abocando a la niña a un trasplante que, de no haberse producido aquel retraso, se podía haber evitado.

El segundo reproche se centra en la atención médica prestada a la pequeña en el Hospital 12 de octubre, circunscribiéndose la reclamación a la Unidad de Digestivo que se hace cargo de la niña, una vez efectuado el trasplante hepático. Y es que, según los padres, los médicos no detectaron que, a consecuencia de los antivirales y antibióticos que le estaban administrando a su hija, se le estaba causando un síndrome de Steven-Johnson, con las secuelas subsiguientes, que han quedado suficientemente descritas en los antecedentes de hecho del presente dictamen.

Aparte de las dos censuras de índole médica mencionadas, los padres de D.E.G. también aducen, como colofón (“*el cúmulo de errores... no acaba ahí*”, se lee textualmente) en su escrito inicial, la presencia de un fuerte olor fétido en la malla que cubría la herida quirúrgica, y que detectan el 16 de enero de 2007, cuando a la niña la trasladan a la UCI pediátrica procedente de planta, por una insuficiencia renal aguda surgida tras el trasplante. “*¿Por qué se deja a la niña llegar a ese estado?*”, concluyen.

Para responder a las cuestiones que el presente caso plantea, hemos de partir de la consideración general, recogida en todos nuestros dictámenes de responsabilidad patrimonial, de que es al que reclamante al que incumbe

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

Los padres de la paciente no presentan ningún informe médico que avale los argumentos en contra de la actuación llevada a cabo por el personal sanitario de ambos hospitales, por lo que, a falta de otros medios de prueba, debemos otorgar prevalencia al informe elaborado por la Inspección Médica, cuya preferencia viene dada, además, por el carácter imparcial que, en principio, ha de reconocérsele (como reconoce, por todas, la Sentencia de la Sala Tercera del Tribunal Supremo de 27 de mayo de 2004).

En este informe se estudian con exhaustividad todos los antecedentes de la pequeña, y, en particular, los informes clínicos emitidos por el servicio de Pediatría del Hospital Gregorio Marañón, y del Servicio de Gastroenterología y Hepatología Pediátrica del Hospital 12 de octubre.

En el primero de los establecimientos mencionados, la niña permaneció ingresada entre el 14 y el 22 de noviembre de 2006, siendo el motivo del alta la solicitud paterna de traslado al hospital de zona (Ramón y Cajal). El reproche que los padres de la menor dirigen a los médicos del Hospital Gregorio Marañón, en el sentido de que no lograron alcanzar el diagnóstico definitivo de la hepatitis que aquejaba a su hija, no tiene fundamento, visto el informe de la Inspección, emitido a la luz del informe realizado en el Servicio de Pediatría de aquel hospital.

El diagnóstico de hepatitis colestásica, que se emite en este hospital, era compatible con los signos externos que la niña presentaba (dicha enfermedad cursa con ictericia marcada de piel y mucosas, hepatomegalia dolorosa, y en un 10-15% de los casos, se puede palpar esplenomegalia; apareciendo también coluria y acolia de varias semanas de evolución). Todos los síntomas descritos coincidían con el cuadro presentado por la pequeña, que, contrariamente a lo que señalan sus progenitores, sí que fue diagnosticada de alteración hepática, iniciándose los estudios necesarios para determinar el origen de dicha afección, que no pudieron completarse, por la decisión del padre de trasladar a su hija a otro hospital.

La lectura del informe del Servicio de Pediatría del Hospital Gregorio Marañón, revela que, durante el ingreso, aparte de la exploración física, se sometió a la niña a una serie exhaustiva de exploraciones, durante los días 18, 21 y 24 de noviembre. El día 18 se le hace hemograma, bioquímica, serología para hepatitis A, B y C, con resultados negativos, analítica y cultivo de orina, y ecografía abdominal; se apreciaba moderada hepatoesplenomegalia sin lesiones focales. Todo ello sugería el diagnóstico de colecistitis. El día 21 se repite hemograma, bioquímica y estudio de coagulación. El día 24 se vuelve a repetir hemograma, estudio de coagulación, bioquímica, ceruplasmina, alfa 1 antitripsina, estudio de cobre en sangre-orina y eco-doppler.

El diagnóstico de hepatopatía colestásica pendiente de estudio fue correcto, dado que, como se desprende lo dicho, el diagnóstico definitivo no se podía completar sin otras pruebas que no se pudieron hacer, lo que no es atribuible a los servicios médicos, sino a la decisión del padre de la menor.

Por lo que hace a la aparición del síndrome de Stevens-Johnson, que, según los padres, se encuentra en relación causal con los fármacos administrados a la pequeña durante el postoperatorio del trasplante de hígado realizado en el Hospital 12 de octubre, no se puede deber a la mala

actuación de los profesionales sanitarios; ni siquiera es posible establecer con claridad dicho nexo causal. Como señala la literatura científica consultada al respecto, el síndrome de Stevens-Johnson constituye una variante severa del eritema multiforme y consiste en una reacción de hipersensibilización que afecta a la piel y a las mucosas. Son factores de riesgo que pueden desencadenar la aparición de este síndrome (cuya prevalencia es de 1 por millón) el sexo masculino y la historia previa del mismo síndrome. Su origen es idiopático (desconocido) en el 50% de los casos, y en el resto puede deberse a una reacción alérgica debida, entre otros, al virus de la varicela, herpes simple, infecciones bacterianas, fármacos, sarcoidosis, etc. La enfermedad es, en general, autolimitada (curación espontánea de las lesiones), de modo que los pacientes han de ser observados en su evolución para comprobar si hay signos de infecciones secundarias, deshidratación, etc.

En cuanto al aciclovir, que fue el fármaco administrado a la niña durante la aparición de las lesiones, se trata de un medicamento, según la bibliografía consultada, que puede prevenir el eritema multiforme debido a virus.

Por todo lo anterior, señala el informe de la Inspección, la aparición de este síndrome en la paciente, tanto por prevalencia como por factores de riesgo, era imposible de predecir, de ahí que se afirme que las actuaciones llevadas a cabo fueron correctas, pues está indicado el tratamiento empírico con aciclovir hasta la identificación del agente causal.

Según señala el informe del Servicio de Gastroenterología y Hepatología Pediátrica del Hospital 12 de octubre, el aciclovir, que se le empezó a administrar a la niña por vía intravenosa ante la posibilidad diagnóstica de infección herpética, ya lo venía tomando la paciente por vía oral para prevenir la infección por citomegalovirus. Una vez alcanzado el diagnóstico completo de síndrome de Stevens-Johnson, se inició tratamiento con

inmunoglobulinas y corticoides, señalándose que la curación de las lesiones cutáneas fue lenta, mientras que las lesiones en párpados evolucionaron aún más despacio, debido a la dificultad de aplicar el tratamiento tópico prescrito.

En cuanto a la evolución de estas lesiones oculares, se apunta en el citado informe que fue más tórpida, quedando en la actualidad como secuelas entropión en los cuatro párpados, principalmente de los inferiores, con componente espástico, y estando tratada en el Servicio de Oftalmología Pediátrica del hospital.

Ningún reproche cabe hacer en cuanto al tratamiento de la infección local de la malla de gore-tex, que cubría la superficie del hígado implantado y cerraba la pared abdominal, malla que hubo de ser retirada en nueva intervención realizada el 18 de enero de 2007 por infección, que se había extendido también al líquido ascítico y al líquido pleural, debido a una bacteriemia causada por *stafilococcus aureus*, que cursó con gran afectación general de la niña. Una vez lograda la estabilización de la paciente, se la reintervino por el servicio de Cirugía, alcanzándose su total recuperación tras la retirada del foco infeccioso.

Aparte de que la actuación de los médicos fue irreprochable desde el punto de vista de la *lex artis ad hoc*, la posibilidad de aparición de infecciones en el postoperatorio del trasplante estaba expresamente contemplada en el documento de consentimiento informado suscrito por el padre de la menor con anterioridad a la intervención a que fue sometida, en fecha 4 de diciembre de 2006 (a los folios 76 y 77 del expediente). La mención en dicho documento de esta circunstancia nos eximiría de entrar a considerar este extremo, al tratarse de una eventualidad expresamente consentida por los representantes legales de la pequeña, de modo que el daño causado no puede ser considerado antijurídico.

En el resto de actuaciones médicas desplegadas, se ha podido comprobar que se adecuaron en todo momento a la buena praxis médica, como lo demuestra el hecho de que la paciente logró salir adelante, a pesar de la grave patología que la aquejaba, resultado felizmente alcanzado, y que no hubiera podido lograrse sin la eficaz intervención de los profesionales sanitarios que intervinieron a la menor a lo largo del proceso. Por ello, debe decaer la presente reclamación patrimonial, dado que, como declara la STS de 25 de abril de 2002 (Sala de lo Contencioso- Administrativo), *“prestada la asistencia sanitaria con arreglo a la regla de la buena praxis desde el punto de vista científico, la consecuencia de la enfermedad o el padecimiento objeto de atención sanitaria no son imputables a la actuación administrativa y por lo tanto no pueden tener la consideración de antijurídicas”*.

En mérito a todo lo anterior, este Consejo Consultivo formula la siguiente



CONCLUSIÓN

La reclamación de responsabilidad patrimonial presentada debe ser desestimada.

A la vista de todo lo expuesto, el Órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a este Consejo de conformidad con lo establecido en el artículo 3.7 del Decreto 26/2008, de 10 de abril, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid.

Madrid, 1 de diciembre de 2010