

Dictamen nº: **441/10**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **15.12.10**

**DICTAMEN** de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, emitido por unanimidad, en su sesión de 15 de diciembre de 2010, sobre consulta formulada por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, al amparo del artículo 13.1.f).1º de su Ley Reguladora, 6/2.007, de 21 de diciembre, en el asunto antes referido y promovido por S.K. e hijos, en reclamación de indemnización como consecuencia del fallecimiento de su esposo y padre respectivamente, como consecuencia, según aducen del inadecuado seguimiento del infarto agudo de miocardio que había sufrido en el Hospital de Getafe de Madrid.

La indemnización solicitada asciende inicialmente a 130.000.-€.

## **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Mediante escrito presentado el 22 de febrero de 2008, se formula reclamación de responsabilidad patrimonial por la reclamante en su propio nombre y en el de sus tres hijos, todos ellos mayores de edad, contra la Administración Sanitaria madrileña solicitando una indemnización de 130.000.-€, en concepto de daños morales. Debe señalarse que dicho escrito aparece dirigido por medio de representación letrada, si bien firmado por la propia reclamante.

**SEGUNDO.-** Por el Consejero de Sanidad, se formula preceptiva consulta a este Consejo Consultivo por trámite ordinario, correspondiendo

su estudio, por reparto de asuntos, a la Sección II, presidida por la Excmo. Sra. Consejera Dña. Rosario Laina Valenciano que firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberado y aprobado, por unanimidad, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo, en su sesión de 15 de diciembre de 2010.

**TERCERO.-** La reclamación se basa en los siguientes hechos:

1. El esposo de la reclamante de 57 años de edad en el momento de los hechos, y con antecedentes de tabaquismo y un infarto agudo de miocardio previo, 12 años antes, acudió el día 19 de febrero de 2007 al Servicio de Urgencias del Hospital de Getafe de Madrid por una fuerte presión epigástrica, irradiada a miembros superiores que se presentó aproximadamente a las 13:30 horas.

En dicho servicio se le diagnosticó un infarto agudo de miocardio inferior. Debe destacarse que según el informe de alta del Hospital Universitario de Getafe de 23 de febrero de 2007, el paciente *“Acude a Urgencias tras una hora y media de evolución de la sintomatología.”* (folio 7 del expediente administrativo).

Con tal diagnóstico el paciente fue ingresado en la Unidad de Coronaria, donde recibe tratamiento anticoagulante y trombolítico, siendo la respuesta del paciente buena, con reducción del dolor y signos de isquemia en el electrocardiograma.

Unas horas más tarde, hacia las 18 horas, según el informe de alta en el Hospital Universitario de Getafe, el paciente vuelve a presentar dolor torácico y nuevos signos de isquemia en electrocardiograma, indicativos de reobstrucción coronaria, que no responde al tratamiento.

2. Se contacta entonces con el Hospital de la Princesa (hospital de referencia), para la realización de una angioplastia de rescate, siendo

traslado a dicho Hospital en UVI móvil donde le fue practicado un cateterismo cardiaco terapéutico el día 19 de febrero de 2007, mediante coronariografía. Durante dicho proceso se detecta la obstrucción completa de la arteria coronaria derecha proximal, dilatándose la misma mediante la colocación de un balón de angioplastia y posterior colocación de dos stents. También se detecta en la coronariografía realizada la obstrucción parcial de la rama descendente anterior y de la rama circunfleja de la arteria coronaria izquierda, que fueron objeto de nueva intervención al día siguiente, el 20 de febrero de 2007, al no ser urgente la intervención, consistente así mismo en la dilatación de la arteria y colocación de stents.

Al día siguiente el paciente fue trasladado de nuevo al Hospital de Getafe, donde según el mismo informe de alta el paciente permaneció completamente asintomático.

Como datos previos al alta, en ecocardiograma doppler que le fue practicado el día 22 de febrero de 2007 (8 folio 70 del expediente administrativo), consta: "*Aurícula izquierda no dilatada, sin hallazgos anormales. Diam (paraest): 3.7 cm.*

*Válvula Mitral: válvula mitral con estructura, movimiento y flujos normales (E. Vel E: 0.7 mis. Vel A: 0.9 mis. E/A: 0.77778.).*

*Ventrículo Izquierdo: Plano paraesternal: Septo 1.2 cm. PP 1.1 cm. Dd: 5.8 cm. Ds: 4 cm. Vd: 167 mI. Vs: 70 mI. V ey: 97 mLFE: 58 %. Area-Longitud: VD: 138 ml. VS: 41 mI. VE: 97 mI. FE: 70 %.*

*Válvula/raíz Ao: Diam (parest) 2.6 cm. Aorta de aspecto normal.*

*Cavidades derechas: No se observan anomalías.*

*Válvula Tricúspide: Válvula tricúspide normal.*

*Válvula Pulmonar: Normal.*

*Pericardio: No hay anomalías en. el pericardio.*

*Diagnóstico y Conclusiones: VI( ventrículo izquierdo) ligeramente dilatado e hipertrófico, con función sistólica global normal. Aquinesia infero-postero basal y media e hipoquinesia lateral basal.*

*Disfunción diastólica grado 1.”*

3.- El día 23 de febrero de 2007 el paciente es dado de alta en el Hospital de Getafe, siendo citado para próxima revisión para el 3 de abril de 2007.

El día 27 de febrero de 2007 el paciente presenta en su domicilio, nuevamente un dolor semejante al padecido anteriormente, por lo que le fue administrada nitroglicerina, y al no ceder se avisó al SUMMA 112 que solo pudo certificar su fallecimiento (folio 14 del expediente administrativo).

**CUARTO.-** Por dichos hechos se ha instruido el procedimiento de responsabilidad patrimonial de conformidad 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).

**QUINTO.-** Con respecto al procedimiento seguido, consta que la reclamante fue requerida con fecha 20 de mayo de 2008, en virtud de lo establecido en los artículos 31.3 y 4 y 71.1 de la LRJ-PAC, para que acredite la legitimación (parentesco) con la que actúan los reclamantes, mediante cualquier medio que deje constancia fidedigna de la misma (Libro de Familia, Acta notarial de declaración de herederos, etc.), a la vez que se comunica que los hijos mayores de edad no son reclamantes si no firman la reclamación o autorizan en su nombre a la madre, lo que verifica mediante

escrito presentado por su representación letrada el 3 de julio de 2008, al que se acompaña certificado de nacimiento relativos a los hijos, certificado de matrimonio, y autorización en documento privado de los hijos mayores de edad a favor de aquélla para que pueda reclamar en el nombre de todos ellos.

Además, consta que el 28 de octubre de 2009, se ha concedido a la reclamante trámite de audiencia regulado en los artículos 84 de la Ley 30/1992 de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC), y 11 del RPRP (folios 73 a 75 del expediente administrativo), sin que se haya presentado escrito de alegaciones.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 10 del citado RPRP, se han recabado los informes preceptivos del Servicio médico afectado, así como los que se han estimado necesarios. En concreto, se incorpora al expediente el informe del Jefe de Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de Getafe, de fecha 20 de noviembre de 2008, que manifiesta que *“Los reclamantes consideran una negligencia el alta precoz del paciente, pero en esto también hemos de estar en desacuerdo. Las Guías de Actuación Clínica de la Sociedad Española de Cardiología publicadas en el año 2000 (ISBN: 84-699-2076-6.) apoyan claramente la tendencia actual, común a todos los Servicios de Cardiología modernos, de dar un alta precoz después de un tratamiento de revascularización (alivio de las obstrucciones coronarias) en pacientes con síndrome coronario agudo. Literalmente se dice en la página 113, columna derecha, párrafo 3º: "Los pacientes sin datos basales de alto riesgo que cursan con signos de reperfusión después de la trombolisis y aquellos que han sido sometidos a angioplastia primaria pueden ser dados de alta precozmente (a partir del cuarto día) siempre que la función ventricular sea buena y no hayan presentado complicaciones (aparte de las*

*arritmias de reperfusión). Esta definición encaja con el paciente dado de alta el día 23 de febrero, en el cuarto día tras su cateterismo terapéutico con éxito el día 19 de febrero”.*

*Por otro lado, también se afirma en dicho informe que “La trombosis aguda de "stent", que parecería la causa más probable de la muerte del paciente en su domicilio, se produce en un 0.5% de los pacientes así tratados y es una complicación muy seria, pero no necesariamente causante de muerte súbita como en este caso. La incidencia no es fácilmente predecible. Si se intentase tener ingresados a todos los pacientes que pudieran sufrir esta complicación, habría que prolongar durante semanas la estancia de 200 pacientes para detectar uno sólo. Si tenemos en cuenta que muchas de estas complicaciones no son fulminantes como en este caso y pueden permitir nuevo tratamiento acudiendo a Urgencias, podemos apreciar por qué desde el punto de vista sanitario no tiene sentido prolongar la estancia hospitalaria de todos los pacientes sometidos a un riesgo estadísticamente tan bajo. Este es el motivo de la política universal actual de alta precoz.”*

Se emite asimismo informe por la Inspección Médica de fecha 1 de junio de 2009 que se incorpora a los folios 76 a 82 del expediente administrativo, del que podemos destacar las siguientes afirmaciones “*El paciente fue atendido adecuadamente, tanto en la Unidad Coronaria del Hospital Universitario de Getafe como en la del hospital de la Princesa. Los estudios realizados antes del alta hospitalaria, ecocardiografía mostraron una función cardiaca buena, por lo que el paciente, según estas pruebas era de bajo riesgo.*

*Las recomendaciones al alta eran las adecuadas: dejar de fumar, dos fármacos para la antiagregación, betabloqueantes, anticolesteremiante, antihipertensivos, antiarrítmicos y nitratos si dolor precordial. No es posible conocer si el paciente las siguió con rigor.*

*No es posible predecir la trombosis de uno o varios stents.*

*La mortalidad del infarto a los 28 días está entre el 24,87% y 50% de los infartos que se atienden en el medio hospitalario.*

*Los criterios de estancia hospitalaria han cambiado mucho, debido a la disponibilidad de técnicas eficaces de revascularización y a la posibilidad de estratificar el riesgo del paciente mediante pruebas diagnósticas como el ecocardiograma o la prueba de esfuerzo.”*

Concluyendo que el paciente fue debidamente atendido tanto en el Hospital de la Princesa como en el Hospital Universitario de Getafe.

**SEXTO.**- Finalmente, por la Viceconsejera de Asistencia Sanitaria se dictó propuesta de resolución en fecha 4 de octubre de 2010 (folios 107 a 113 del expediente administrativo), desestimatoria de la reclamación indemnizatoria formulada, por considerar que “*el alta del paciente se adecuó a los protocolos al uso, y con ello no se infringió el principio de la lex artis expresado más arriba, habiendo sido imprevisible el suceso que aconteció cuatro días después (determinante de su fallecimiento)*”.

Dicha propuesta fue informada favorablemente por el Servicio Jurídico en la Consejería de Sanidad con fecha 10 de noviembre de 2010

## 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 asciende a 130.000.€, por lo que resulta preceptivo el dictamen del Consejo Consultivo.

El dictamen ha sido evacuado dentro del plazo ordinario establecido en el artículo 16.1 LRCC.

**SEGUNDA.-** La reclamante está legitimada activamente para formular la reclamación de daños por responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 139 de la Ley LRJ-PAC. Debe recordarse en el caso de fallecimiento que el derecho a la indemnización lo es por daños morales, que tiene su sustrato en las relaciones afectivas, familiares, u otras semejantes. Así, la Sentencia del Tribunal Supremo de 4 de noviembre de 1999, señala que *“aquella persona ligada a la víctima por vínculos próximos de familia, afectos, relaciones de convivencia real, dependencia económica u otras situaciones de recíproca asistencia y amparo que determinen real y efectivamente perjuicios derivados directamente de la muerte producida”*.

En este caso, los reclamantes acreditan su relación de parentesco con el fallecido, mediante la presentación de los correspondientes certificados de nacimiento relativos a los hijos y de matrimonio, a requerimiento de la administración instructora.

Sin embargo, la reclamación, como hemos indicado se presenta por la viuda por sí misma y en nombre y representación de sus hijos mayores de edad, sobre los que ya no ejerce representación legal alguna.

Como ha señalado el presente Consejo en otras ocasiones (*vid. Dictamen 86/2010*), la reclamación de responsabilidad patrimonial es un acto de

inicio de un procedimiento por lo que de conformidad con lo dispuesto en el artículo 32.3 de la LRJ-PAC, es necesario que se acredite la representación por “*cualquier medio válido en derecho que deje constancia fidedigna, o mediante declaración en comparecencia personal del interesado.*”

La autorización por escrito es un documento privado que no reúne ninguno de dichos requisitos por lo que no sería suficiente para acreditar la representación de la reclamante.

En interpretación del artículo 32.3 de la LRJ-PAC, el Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana, en Sentencia de 1 abril de 2004 (JUR\2005\3060), confirmando una resolución administrativa en la que no se admitía la representación otorgada a un abogado mediante documento privado, señala que:

*“El adjetivo fidedigna, significa para la Real Academia Española de la Lengua digno de fe y de crédito. Como la propia sentencia indica los documentos privados solo producen efectos entre las partes, a tenor de lo dispuesto en el artículo 1257 del Código Civil, pero no respecto de terceros, como es la Administración. Pero es que además el precepto no es sino una garantía de los ciudadanos, evitando así la legislación y la posibilidad de que sean sorprendidos por el ejercicio ajeno de sus propias acciones.”*

Dicha acreditación de la representación no resulta pues conforme a derecho, sin perjuicio de lo cual la Administración la da por buena, por lo que este Consejo va a entrar a conocer del fondo del asunto, sin perjuicio de advertir de esta circunstancia a aquélla.

Se cumple, igualmente, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid titular del servicio a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

Por lo que al plazo para el ejercicio de la acción de responsabilidad se refiere, el derecho a reclamar prescribe al año desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o manifestarse su efecto lesivo. Tratándose de daños físicos o psicológicos el plazo comienza a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas, (artículo 142.5 LRJ-PAC).

En este caso el fallecimiento se produjo el día 27 de febrero de 2007, según se acredita mediante certificado del SUMMA 112, habiéndose presentado la reclamación el 22 de febrero de 2008, esto es dentro del plazo señalado más arriba.

**TERCERA.-** El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra regulado en los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC, desarrollado en el RPRP Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la Disposición Adicional duodécima de la LRJ-PAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la Disposición Adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las Entidades Gestoras y Servicios Comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicas, así como de las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud.

Se han cumplido los requisitos establecidos al efecto en la normativa aplicable, incluido el trámite de audiencia, regulado en los artículos 84 de la LRJ-PAC y 11 (RPRP), si bien, cabe señalar que se ha superado el plazo de 6 meses, que para tramitar el expediente se establece en el artículo 13.3 de dicho reglamento.

**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 LRJ-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<sup>a</sup>) de 5 de junio de 1998 (RJ 1998\5169), se pronunció al respecto del carácter objetivo de la responsabilidad de la Administración, previniendo frente al riesgo de erigir dicho principio de responsabilidad objetiva en un sistema providencialista que llevaría a la Administración a responder de cualesquiera daños que se produjesen como consecuencia del funcionamiento de un servicio público o de la utilización de bienes de titularidad pública, sin exigir la presencia de ese nexo causal de todo punto imprescindible para la apreciación de dicha responsabilidad. El fundamento primero de dicha Sentencia se pronunciaba en los siguientes aclaratorios términos:

“(...) esta Sala ha declarado reiteradamente que no es acorde con el principio de responsabilidad objetiva, recogida en los artículos 40.1 de la Ley de Régimen Jurídico de la Administración del Estado y 139.1 de la vigente de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común de 26 de noviembre de 1992, la generalización de dicha responsabilidad más allá del principio de causalidad, aun en forma mediata, indirecta o concurrente, de manera que, para que exista aquélla, es imprescindible la existencia de nexo causal entre la actuación de la Administración y el resultado lesivo o dañoso producido, que en este caso, como ha declarado la sentencia de instancia, no puede apreciarse ya que la socialización de riesgos que justifica la responsabilidad objetiva de la Administración cuando actúa al servicio de los intereses generales no permite extender dicha responsabilidad hasta cubrir cualquier evento por el mero hecho de que se produzca dentro de sus instalaciones cuando ni éstas constituyen un riesgo en 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, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, es que se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios, siendo fundamental para determinar la responsabilidad, no sólo la existencia de lesión, en el sentido de daño antijurídico, sino también la infracción de ese criterio básico, siendo obligación del profesional sanitario prestar la debida asistencia y no garantizar, en todo caso, el resultado.

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

Como antes se dijo, en el caso de la responsabilidad patrimonial de la Administración, nos hallamos en presencia de una responsabilidad objetiva, en el ámbito de la cual la jurisprudencia se ha encargado de ir perfilando los caracteres y requisitos que ha de reunir para poder apreciar o no su

conurrencia. Así, si la actuación de los servicios públicos sanitarios no pueden garantizar siempre un resultado favorable a la salud del paciente, por razones obvias, se hace necesario establecer un requisito adicional que nos permita diferenciar los casos en que debe responder la Administración Sanitaria de aquellos otros en los que se va a considerar que el daño no es antijurídico y que no procede de la actuación administrativa, sino de la evolución de la propia patología del enfermo. Este requisito, que se debe a la jurisprudencia y a la doctrina, sirve para establecer un límite a la aplicación rigurosa del carácter objetivo de la responsabilidad, evitando así el riesgo de llegar a un estado providencialista que convierta a la Administración Sanitaria en una especie de aseguradora universal de cualquier resultado lesivo.

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

En este sentido, el Tribunal Supremo ha declarado que, en esta materia, la responsabilidad viene dada por el carácter inadecuado de la prestación médica dispensada, lo que ocurre cuando “*no se realizan las funciones que las técnicas de la salud aconsejan y emplean como usuales, en aplicación de*

*la deontología médica y del sentido común humanitario” (vid. 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).*

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

**QUINTA.-** Sentado lo anterior, debe examinarse si procede el reconocimiento de responsabilidad patrimonial a favor de los reclamantes, en concreto la existencia de la necesaria relación de causalidad entre el daño padecido y el funcionamiento del servicio público sanitario.

En primer lugar, en el caso que nos ocupa está acreditada la existencia de un hecho, la muerte de una persona, que provoca un “*daño moral cuya existencia no necesita prueba alguna y ha de presumirse como cierta*”,- Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de noviembre de 2004-, y que jurisprudencia consolidada ha admitido como supuesto de lesión indemnizable, Sentencias del Tribunal Supremo de 29 de febrero de 1972,

12 de marzo de 1975, 27 de noviembre de 1993, 19 de noviembre de 1994 y 28 de febrero de 1995-, aunque de difícil valoración económica.

Pero, debe examinarse si concurren los demás presupuestos exigidos para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración.

En la relación de hechos del escrito de reclamaciones afirma que el día 23 de febrero de 2007, se procede a dar de alta aproximadamente al fallecido (48 horas después de haberle intervenido) “*sin llevar a cabo un control de la evolución del paciente indicándole un tratamiento y revisión en consulta de post-infarto en seis semanas.*”, considerando que “*no se ha procedido a llevar a cabo una vigilancia adecuada que pudiera haber evitado el fallecimiento de mi esposo, vigilancia tal como su permanencia en el centro hospitalario por un periodo superior a 48 horas*”.

Resulta acreditado que el paciente estuvo ingresado, desde el día 19 de febrero de 2007 hasta el día 23 de febrero, un total de cinco días en dos hospitales de la red pública de salud madrileña, siendo dado de alta cuatro días después de la primera intervención efectuada en el Hospital de La Princesa el mismo día 19 de febrero.

Debe, por tanto, examinarse la adecuación a la *lex artis* del alta hospitalaria acordada cuatro días después de ser intervenido el paciente. A este respecto, en el informe del servicio causante del daño, más arriba transcrita parcialmente, se afirma, citando las Guías de Actuación Clínica de la Sociedad Española de Cardiología publicadas en el año 2000, que “*Los pacientes sin datos basales de alto riesgo que cursan con signos de reperfusión después de la trombolisis y aquellos que han sido sometidos a angioplastia primaria pueden ser dados de alta precozmente (a partir del cuarto día) siempre que la función ventricular sea buena y no hayan presentado complicaciones (aparte de las arritmias de reperfusión). Esta*

*definición encaja con el paciente dado de alta el día 23 de febrero, en el cuarto día tras su cateterismo terapéutico con éxito el día 19 de febrero.”*

En el mismo informe se afirma, que con las actuaciones llevadas a cabo los días 19 y 20 de febrero, “*Se consiguió abortar un infarto masivo de miocardio estabilizando al paciente y preservando la función de su corazón*”, lo que parece quedar corroborado con el informe del ecocardiograma/doppler que le fue practicado el día 22 de febrero, previo al alta que muestra unos resultados de normalidad en la función cardiaca del paciente, señalando como conclusión que presentaba “*Ventrícuo izquierdo ligeramente dilatado e hipertrófico, con función sistólica global normal. Aquinesia infero-postero basal y media e hipoquinesia lateral basal. Disfunción diastólica grado 1.*”

Por su parte, en el informe de la Inspección Médica se expone que el alta hospitalaria es variable en los pacientes que han sufrido un infarto de miocardio, pudiendo ser tan temprana como 6 o 7 días después del infarto, incluso antes en casos no complicados, o, más habitualmente prolongarse hasta los 10-12 días. En cualquier caso, antes del alta es necesario identificar a los pacientes con alto riesgo de sufrir otro infarto o una muerte súbita cardiaca, a través de las correspondientes pruebas, en concreto cita la eco cardiografía y la ventriculografía isotópica, en función de cuyos resultados los pacientes pueden ser clasificados en tres grupos, de bajo riesgo, riesgo medio y alto riesgo.

En el caso que ahora nos ocupa, el paciente podía ser considerado como de bajo riesgo de acuerdo con los parámetros ofrecidos en el informe de la Inspección médica: “*Curso clínico sin complicaciones, ausencia de signos de isquemia miocárdica residual, capacidad funcional mayor a 7 METS* (los datos del ecocardiograma ofrecen una capacidad funcional Vel E 0,7/ms, Vel A: 0,9 M./s EA: 0.77778.), *Fracción de eyeción mayor del*

50% (los datos del ecocardiograma muestran una FE de 58%), *y ausencia de arritmias ventriculares severas*”.

Además, en relación con la previsibilidad de la complicación causante del fallecimiento, si bien en este caso no consta certificada tal causa, lo cierto es que en el informe del servicio causante del daño se indica al respecto que “*La aparición de dolor precordial de nuevo sugiere nueva isquemia por probable trombosis (obstrucción por coágulos de sangre) de alguno de los "stents" con una muerte súbita probablemente por arritmias provocadas por la presunta isquemia (falta de riego) aguda del músculo cardiaco*”.

A dicho respecto, en el mismo informe, transcrita literalmente más arriba, se afirma que siendo la causa más probable de la muerte del paciente la trombosis aguda de stent, la incidencia de esta causa de muerte en los casos tratados es muy pequeña (0,5%), no siendo por tanto fácilmente predecible y no justificando a la postre tal eventualidad la prolongación de la estancia hospitalaria de los pacientes. A la vista de estas consideraciones resulta que el alta dada al paciente también era adecuada desde el punto de vista de lo impredecible de la presencia de una trombosis de stent, que finalmente parece que fue la causa de la muerte.

Por todo ello se considera que el paciente, al poder ser clasificado de bajo riesgo, y dada la escasa incidencia de la patología que finalmente fue causa de su muerte, fue dado de alta correctamente, no apreciándose signos de mala praxis en dicha actuación.

**ÚLTIMA.-** La competencia para resolver el procedimiento de responsabilidad patrimonial corresponde al Consejero de Sanidad según el artículo 142.2 de la Ley 30/1992 y 55.2 de la Ley de Gobierno y Administración de la Comunidad de Madrid 1/1983, de 13 de diciembre. Cuya Orden pondrá fin a la vía administrativa según el artículo 53.1 de la

misma Ley, contra el que cabrá recurso contencioso administrativo ante el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, según el artículo 10.1 j) de la Ley 29/1998, de 13 de julio, de la Jurisdicción Contencioso Administrativa.

Por todo lo expuesto el Consejo Consultivo formula la siguiente

## CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial, al no darse los requisitos para su apreciación.

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, 15 de diciembre de 2010