

Dictamen nº: **444/13**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **09.10.13**

DICTAMEN de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 9 de octubre de 2013, 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 V.H.D.O. sobre reclamación de responsabilidad patrimonial por amputación de una pierna que atribuye a cuidados insuficientes de herida en el Centro de Salud Los Carmenes.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El día 11 de septiembre de 2013 tuvo entrada en el Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid solicitud firmada por el consejero de Sanidad el día 6 de septiembre de 2013, referida al expediente de responsabilidad patrimonial en materia sanitaria aludido en el encabezamiento.

A dicho expediente se le asignó el número 457/13, comenzando el día señalado el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 34.1 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por Decreto 26/2008, de 10 de abril, del Consejo de Gobierno.

La ponencia ha correspondido, por reparto de asuntos, a la Sección I, cuyo presidente, el Excmo. Sr. D. Jesús Galera Sanz, firmó la propuesta de dictamen, que fue deliberada y aprobada por la Comisión Permanente del Consejo Consultivo, en sesión celebrada el día 9 de octubre de 2013.

SEGUNDO.- El expediente remitido trae causa de la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por V.H.D.O. registrada de entrada en la Comunidad de Madrid el día 18 de octubre de 2012 (folios 1 a 77 del expediente administrativo).

El reclamante explica que padece hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II, con propensión a padecer problemas en los pies, por lo que llevaba un estricto control de los miembros inferiores, realizando inspecciones continuas y una serie de cuidados e higiene muy específicos. Refiere que acudió el 13 de octubre de 2011, derivado por su centro de atención primaria, al Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla al presentar una serie de molestias en el miembro inferior izquierdo. En el mencionado centro hospitalario se le remitió a control y seguimiento por su médico de Atención Primaria bajo el juicio clínico de “*infección MII con puerta de entrada en úlcera plantar*”.

El interesado manifiesta que en los meses siguientes acudió puntualmente a las revisiones con su médico de Atención Primaria, donde además de supervisar el estado de la pierna pautándole diferentes ciclos de antibióticos, se le diagnostica falta de hierro, pautándole asimismo una colonoscopia para investigar una posible falta de hierro. Refiere que a pesar de cumplir con las pautas medicamentosas y de higiene prescritas, la úlcera en la planta del pie izquierdo no evolucionó de manera favorable. Además de asistir de manera regular a las curas en su centro de salud, se limitaron a retirar el apósito y administrar de manera tópica betadine como desinfectante. En su opinión, este negligente manejo de la herida tuvo nefastas consecuencias para la viabilidad del miembro, que progresivamente fue empeorando, motivo por el cual el paciente fue trasladado a urgencias del Hospital Universitario 12 de Octubre el 2 de diciembre de 2011. En la exploración física, que se efectuó ese mismo día, se evidenció que el estado del pie presentaba una extensa necrosis tisular y abundante material purulento, haciendo imposible su salvación, motivos por los cuales se decide finalmente el 14 de diciembre de

2011 proceder a la amputación del miembro inferior derecho por debajo de la rodilla (infracondílea).

Señala que la pérdida de la pierna le ha originado, amén de las lesiones corporales, problemas de orden psiquiátrico que le afectan profundamente en su vida cotidiana, de manera que está de baja laboral, bajo control y tratamiento psiquiátrico. Refiere que se le ha reconocido por la Comunidad de Madrid un grado de discapacidad del 41 %.

En virtud de todo lo expuesto, el reclamante entiende que hubo *mala praxis* en la asistencia médica recibida ya que no se trató de manera conveniente la infección que padecía en el pie izquierdo. La administración de betadine, según el reclamante, está clínicamente contraindicada para este tipo de lesiones, existiendo en su opinión un amplio abanico de opciones terapeúticas (hidrogeles, alginatos...), desbridamiento de la herida, toma de cultivos, que no se le realizaron, por lo que reclama la correspondiente indemnización, en cuantía que no concreta, por un daño que califica como desproporcionado.

El interesado acompaña su reclamación de diversa documentación médica, resolución sobre el reconocimiento del grado de discapacidad y una guía elaborada por un hospital del País Vasco para el tratamiento del pie diabético.

TERCERO.- Una vez presentada la reclamación anterior se inicia expediente de responsabilidad patrimonial al amparo de lo 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 (en adelante LRJ-PAC) y 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 (en adelante RPRP).

Se ha incorporado al expediente la historia clínica del reclamante del Hospital Universitario 12 de Octubre (folios 84 a 151 del expediente), del Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla (folios 152 a 173) y del Centro de Salud Los Cármenes (folios 174 a 215).

Igualmente se ha aportado al procedimiento el informe de 29 de noviembre de 2012 emitido por el médico de Atención Primaria del Centro de Salud Los Cármenes, en el que se da cuenta de la asistencia sanitaria dispensada al reclamante (folios 175 y 176 del expediente) y se señala lo siguiente:

"Paciente de 60 años, con antecedentes personales diabetes mellitas, sobrepeso, hipertenso, hipercolesterolemia y los arriba indicados.

Acude el 13-10-2011 a la consulta, por dolor e inflamación en pierna izquierda con dolor en pantorrilla y aumento diámetro pierna izquierda. Y fue derivado a urgencias para valoración. Se descarta trombosis venosa profunda y se da el alta con diagnóstico de celulitis 2º úlcera plantar. Se pone tratamiento antibiótico y se procede a realizar curas con enfermería de la úlcera plantar.

El paciente es conductor de taxi y no desea baja laboral, e insiste en continuar con su jornada de trabajo habitual. La úlcera evoluciona de forma tórpida y lentamente. Hace seguimiento en enfermería, (donde aparece a consulta en diversas ocasiones con la herida destapada), y falta a varias consultas médicas, o se va antes de ser visto, debido a su trabajo, que insiste en continuar desempeñando. Se le advierte de los riesgo, que ya conoce, debido a su condición de diabético.

Casi un mes después, es derivado a la consulta médica, para valoración de la herida, por empeoramiento, y presentar signos de infección, con mal olor, mayor eritema y extensión a los dedos. Tras

poner tratamiento antibiótico varios días y no haber mejoría, se deriva de nuevo a urgencias hospitalarias.

Tras el alta en urgencias, el paciente no aporta informe, pero informa verbalmente que le hicieron radiografía y se aumentó dosis de antibiótico. Dos días después, avisa por empeoramiento y mala tolerancia a la medicación, y se le aconseja volver a urgencias, si persiste con los síntomas.

Posteriormente, es ingresado en el hospital 12 octubre, (ver informe). Cuando los familiares acuden a contar el ingreso, se le tramita la baja laboral.

Tras la cirugía, amputación pierna, con evolución favorable, se inician los trámites para la colocación de la prótesis y se deriva a rehabilitación, y a salud mental, donde se hace seguimiento y se pone el tratamiento correspondiente.

Debido a sus problemas de deambulación, se le deriva a todas las citas posteriores en ambulancia, a pesar de vivir en un bajo, y tener familia.

Se le tramita la incapacidad permanente a la inspección, y se deriva a centro base para valorar el grado de minusvalía correspondiente, debido a su nueva situación.

Se le visita al domicilio en varias ocasiones, para seguimiento de su herida quirúrgica tras el alta, y para el control de su HTA y su diabetes.

En alguna ocasión, no ha tomado la medicación para su HTA, de forma correcta, según se le había explicado.

En su evolución y debido a su pluripatología, se ha procedido a estudio de anemia con colonoscopia, perdió cita para la gastroscopia

debido a su ingreso, se ha hecho control de su insuficiencia renal, y se ha derivado a medicina interna para seguimiento y valoración de su pluripatología y para estudio de edema en MID.

En diversas ocasiones, el paciente o su familia, no ha traído los informes correspondientes, de seguimiento en otros especialistas y nos ha dicho verbalmente lo que ha entendido y lo que le han hecho.

Ha sido operado de cataratas en el pabellón 6, en mayo de 2012, sin complicaciones.

El paciente, actualmente, continúa con el mismo médico y enfermera en atención primaria, desde el inicio de su patología, y en ningún momento ha puesto en duda la pérdida de confianza en el equipo de médico y enfermera, ni ha ejercido su derecho de cambio a través de la libre elección. Y sí en algún momento, pone en duda el trabajo realizado tendrá que ejercer su derecho a cambio de médico y/o enfermera”.

Asimismo, se ha emitido informe por parte de la Inspección Sanitaria en fecha 7 de febrero de 2013 (folios 216 a 224 del expediente). En el citado informe, tras analizar la asistencia sanitaria dispensada al reclamante, se efectúan las siguientes consideraciones médicas:

“Del análisis minucioso de lo actuado se deduce que la actuación del Servicio Público de Salud, en la atención a este paciente, durante el proceso objeto de estudio, ha sido en todo momento de total accesibilidad, adoptando las decisiones diagnósticas y terapéuticas más adecuadas en función de la clínica presentada. Es preciso situarse en el escenario concreto de esa patología, en la que no es difícil encontrar estudios amplios que refieren que del 15% de los pacientes diabéticos que sufrirán un pie diabético del 15 al 20 % deberán ser amputados y de estos más de la mitad deberán sufrir una reamputación y ello a

pesar de que en segundo caso no existe ninguna duda diagnóstica ni etiológica ni de intensidad. El planteamiento de una hipótesis fisiopatológica en este caso concreto atendiendo a que en las exploraciones realizadas no se han observado datos de compromiso agudo macrovascular induce a pensar que hubo un componente neuropático muy intenso, sin descartar un menor grado de microangiopatía considerando que el abordaje de la identificación de factores precipitantes del resultado, una vez descartada la presencia de negligencia o insuficiencia de medios en el proceso terapéutico, solo cobra dosis de razonabilidad en el marco de un procedimiento de revisión de este tipo, porque las actuaciones, la evolución e incluso el resultado forma parte de la moda estadística de forma suficientemente fiable. En consideración a parte de la argumentación de la reclamación es preciso informar que sí está documentada la realización de desbridamiento algo probablemente no reseñado específicamente al tratarse de una técnica habitual para ese tipo de lesiones, lo que puede representar una cierta irrelevancia por su obviedad, pero que, sin embargo, puede resultar necesario al realizar un análisis forense de los hechos, sí está descrito el procedimiento por el MAP, como realizado en el hospital, también se realizó un cultivo a pesar de que el tratamiento antibiótico empírico había resultado útil como lo demuestra la respuesta clínica general y analítica y a pesar de que existan muchas dudas de que el cultivo en este tipo de patologías aporte resultados de utilidad práctica. Si se usó de Betadine como antiséptico, en el propio hospital porque es de uso habitual en ese tipo de unidades muy especializadas por su adecuado índice riesgo/beneficio y por supuesto el análisis de aspectos dietéticos, de actividad o de autocuidado atribuibles a la propia autonomía del paciente, son escasamente procedentes a posteriori, en un proceso patológico en el que ni los más exhaustivos controles a pesar de ser siempre deseables, garantizan el resultado óptimo, persistiendo una

intensa variabilidad clínica que excede de las posibilidades de afrontamiento con garantía de resultado, a la luz de los actuales conocimientos científicos”.

Por lo expuesto la Inspección Sanitaria concluye señalando que:

“del análisis de las actuaciones diagnósticas y terapéuticas realizadas a V.H.D.O., desde octubre 2011 a abril 2012 en el Centro de Salud Los Carmenes de A.P. de Madrid, el Hospital Gómez Ulla y el Hospital 12 de Octubre se deduce que los procedimientos realizados y los medios utilizados han sido acordes en todo momento a los síntomas y signos de la patología emergente, tanto por la corrección de las técnicas desarrolladas como por el nivel de medios puestos a disposición del paciente. No se ha encontrado en ningún grado la realización de hechos que constituyan daño antijurídico”.

Concluida la instrucción del expediente, se dio trámite de audiencia al interesado, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 84 de la LRJ-PAC y 11 del RPRP. Consta en el expediente que en cumplimiento del referido trámite el reclamante formuló alegaciones señalando su desacuerdo con el informe de la Inspección Sanitaria, por entender, en contra de lo manifestado por ésta, que no se trató de manera conveniente la infección del pie izquierdo.

En fecha 19 de abril de 2013 se dicta propuesta de resolución en la que se desestima la reclamación indemnizatoria presentada por entender que la asistencia sanitaria dispensada al reclamante fue adecuada y conforme a la *lex artis*.

CUARTO.-Del examen de la historia clínica del paciente y restante documentación médica obrante en el expediente se extraen los siguientes hechos, que se consideran de interés para la emisión del dictamen, admitiéndose en lo sustancial los consignados en la propuesta de resolución:

V.H.D.O., de 59 años de edad en el momento de los hechos, con antecedentes de diabetes mellitus tipo II, obesidad e hipercolesterolemia fue remitido por su médico de Atención Primaria al Servicio de Urgencias del Hospital Gómez Ulla de Madrid el día 13 de octubre de 2011, por dolor e inflamación en pierna izquierda de 24 horas, con dolor en pantorrilla, aumento de diámetro de pierna izquierda, signo de Homans positivo y para descartar trombosis venosa profunda. A la exploración el paciente se encuentra afebril y no presenta disnea. Se aprecian edemas maleolares con fóvea de predominio izquierdo, MMII alimento de perímetro con una placa descamativa en cara anterior, sin signos de sobreinfección. Homans +/-, Pedios débiles. Se solicita prueba de hemostasia con D.-dímero. A la anamnesis refiere desde hace dos días aumento del perímetro de la pantorrilla izquierda, sin aumento de temperatura respecto a contralateral, no palpo cordón venoso. Refiere presentar un poco de dolor al caminar con dicha pierna. Presenta placa descamativa en tercio inferior de pierna izquierda y derecha, desde hace tiempo, según refiere el paciente. Presenta úlcera en planta de pie izquierdo, cara externa. Tras el examen se emite el juicio diagnóstico de infección miembro inferior izquierdo con puerta de entrada en úlcera plantar. Se pauta tratamiento con ciprofloxacino, Enantyum y omeprazol y se recomienda mantener el pie elevado cuando esté sentado, control y cura de úlcera plantar por DUE de zona, control y seguimiento por su MAP y si empeora o aparece nueva sintomatología, volver a urgencias.

El 14 de octubre de 2011 el reclamante es visto en la consulta del Centro de Salud Los Cármenes. Se anota que el paciente ha sido visto en el Hospital Gómez Ulla, diagnóstico y tratamiento pautado. Se anota localización de la herida en el borde lateral del pie y tratamiento de la herida con hidrocoloide fino.

En el Centro de Salud los Cármenes el día 18 de octubre de 2011 se anotan los resultados de analítica realizada al paciente. Se escribe que

persiste edema y lesiones en planta del pie, no eritema, pulso positivo, tratamiento, curas úlcera y furosemida. DUE realiza el tratamiento de la úlcera del pie con hidrocoloide fino.

El 20 de octubre de 2011 el paciente no acude a recibir tratamiento. Los días 21 y 24 de octubre se realiza tratamiento con hidrocoloide fino.

En la consulta del 26 de octubre de 2011 se anota que la lesión ulcerada está en tratamiento antibiótico y mal control de la diabetes.

En la consulta del 28 de octubre de 2011 el paciente presenta mejoría, menor dolor, aún lesión ulcerada, edema en MII. Se anota tratamiento de úlcera con hidrocoloide fino.

Los días posteriores hasta el 14 de noviembre de 2011 el paciente continua en tratamiento de la ulcera con hidrocoloide o hidrogel. El 16 de noviembre con hidrogel y clorhexidina; el 18 de noviembre con colágeno y clorhexidina, y el día 21 de noviembre de 2011 con hidrofibra e hidrogel.

En la consulta del Centro de Salud Los Cármenes del día 25 de noviembre 2011 se anota que la úlcera del pie presenta infección, mal olor, empeoramiento, eritema y calor. Se añade al tratamiento levofloxacino y AINE.

El día 28 de noviembre de 2011 el paciente presenta empeoramiento úlcera planta pie izquierdo, mayor tumefacción, edema, eritema con extensión a dedos, mal olor a pesar de tratamiento antibiótico. Se deriva a urgencias para valoración por paciente diabético.

A las 18:08 horas del día 28 de noviembre de 2011 el reclamante ingresa en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario 12 de Octubre por pie diabético (mal perforante plantar). Se realiza interconsulta a Cirugía Vascular donde se refiere que el paciente ulcera en cabeza de 5º metatarsiano con celulitis perilesional y en cara externa de pie con

maceración de bordes y edema hasta la rodilla en MM.II. Se anota que el paciente presenta en el miembro inferior izquierdo pulsos presentes a todos los niveles, úlcera en cabeza de 5º metatarsiano con celulitis perilesional y en cara externa del pie con maceración de bordes y edema hasta la rodilla. Al paciente se le pautó tratamiento antibiótico el viernes y comenzó el mismo día. Se emite el juicio clínico de pie diabético y se pauta continuar con su medicación habitual, curas diarias con betadine en lecho ulceroso, con gasas interdigitales, levofloxacino 500 mgm/12 horas por 10 días, control estricto de peso y glucemia. También investigar palidez mucocutánea (está citado para endoscopia digestiva alta y baja). Se cita al paciente en Cirugía Vascular.

En la consulta en el Centro de Salud el día 29 de noviembre de 2011 se anota que el paciente ha sido visto en el Servicio de Urgencias del hospital y que traerá informe. Desbridan herida, aumentan levofloxacino 1/12 horas durante diez días.

El reclamante acude a consulta en el Centro de Salud el 30 de noviembre de 2011. Persiste dolor, no tolera medicación, ha vomitado tramadol y Nolotil. Se establece como plan vigilar y si hay fiebre, sangrado o aumento del dolor abdominal volver a Urgencias.

El día 2 de diciembre de 2011 el reclamante ingresa por urgencias en el Hospital Universitario 12 de Octubre. Se anota que el paciente acude a urgencias por lesión en base del quinto dedo de pie izquierdo de mes y medio de evolución que no mejora a pesar de tratamiento antibiótico y curas por MAP. Refiere sensación distérmica de tres o cuatro días de evolución. No fiebre termometrada. No refiere clínica de claudicación intermitente. A la exploración presenta normalidad en cabeza y extremidades salvo en miembro inferior izquierdo, en el que se encuentra pulsos presentes en todos los niveles. Mal perforante en base de 5º metatarsiano, húmedo, lesión prenecrótica en 5º dedo. Absceso en borde externo de pie con salida de

abundante material purulento que comunica con 5º dedo. Ingresa con diagnóstico de pie diabético sobreinfectado. La analítica de ingreso presenta leucocitosis (27.000 leucocitos con un 91,1% de neutrófilos) y deterioro de la función renal (creatinina 1.9). Se pauta vancomicina, Levofloxacion, resto medicación, analgesia, antidiabéticos, antiagregantes.

El 4 de diciembre de 2011 el paciente se encuentra afebril, disminuye la leucocitosis, la herida tiene mal aspecto, celulitis del pie. Se toma cultivo y se cura con betadine. Resto igual. Se suspende levofloxacino y se introduce flagyl. Al día siguiente se pide PIC al Servicio de Alergología para determinar alergia a penicilina.

En las anotaciones del día 6 de diciembre de 2011 consta que el paciente está pendiente de completar preoperatorio. Al día siguiente tiene colonoscopia en Gómez Ulla. Cura del pie flemonoso, no colecciones, no celulitis en pierna.

En la consulta del día 7 de diciembre de 2011 en el Centro de Salud Los Cármenes se anota que el paciente está ingresado en el Hospital Universitario 12 de Octubre. Desbridamiento de la herida con infección importante en tratamiento antibiótico.

La evolución es desfavorable. En la consulta del 9 de diciembre de 2011 en el Centro de Salud Los Cármenes se anota que el paciente tiene una infección importante que no ha mejorado con el tratamiento antibiótico.

El 13 de diciembre de 2011 el paciente firma el consentimiento informado para la amputación.

El día 14 de diciembre de 2011 se realiza amputación infracondilea. El postoperatorio transcurre sin incidencias reseñables con buena evolución del muñón de amputación. El reclamante recibe el alta hospitalaria el 23 de diciembre de 2011 y es citado para retirar puntos el 3 de enero 2012.

En la revisión del 17 de enero de 2012 se cursa interconsulta al Servicio de Rehabilitación. Se pauta revisión en tres meses.

El reclamante es visto el 20 de febrero de 2012 en el Centro de Salud Mental Latina para evaluación psicopatológica. Se anota que hace dos meses sufrió amputación de la pierna izquierda, con las limitaciones sociolaborales subsiguientes. Se emite el juicio clínico de trastorno adaptativo con sintomatología mixta ansiosodepresiva

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 no se ha cifrado por el reclamante por lo que al ser de cuantía indeterminada 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 14.1de la misma Ley.

SEGUNDA.- El reclamante solicita indemnización por los daños y perjuicios que se le han causado por los hechos descritos en los antecedentes de hecho, concurriendo en él la condición de interesado, exigida por los artículos 31 y 139.1 de la LRJ-PAC.

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.

El plazo para el ejercicio del derecho a reclamar, 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 LRJ-PAC). En el caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo se contará *“desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”*, lo que equivale a decir que el plazo prescriptivo empieza a correr desde que se tenga conocimiento cabal del daño realmente sufrido, y de su alcance y consecuencias, lo que constituye una aplicación de la teoría de la *«actio nata»*, recogida en el artículo 1969 del Código Civil (*«actioni nondum natae, non prescribitur»*).

En el caso que nos ocupa, el interesado reclama por una deficiente asistencia sanitaria en el tratamiento de una herida en el pie izquierdo que culminó con la amputación del miembro, lo que tuvo lugar el 14 de diciembre de 2011, y fue dado de alta el 23 de diciembre de 2011, por lo que la reclamación presentada el 18 de octubre de 2012, se habría formulado en plazo legal, con independencia del momento de la curación o de determinación del alcance de las secuelas.

En la tramitación del procedimiento se han seguido los trámites legales y reglamentarios. Dicho procedimiento para la tramitación de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, se encuentra regulado en el

título X de la LRJ-PAC (artículos 139 y siguientes), desarrollado en el citado RPRP.

Como se dijo *supra*, se ha recabado y evacuado informe de los servicios médicos afectados, cuya preceptividad resulta del artículo 10.1 del RPRP. También se ha solicitado y emitido informe de la Inspección Sanitaria.

Asimismo, se ha dado trámite de audiencia al interesado, de conformidad con los artículos 84 de la LRJ-PAC y 11 del RPRP.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- El instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración se reconoce en el artículo 106.2 de la Constitución 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.

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.

CUARTA.- En el supuesto sometido a consulta, el reclamante reprocha a la Administración una deficiente asistencia sanitaria, por haber sufrido un “*daño desproporcionado*” que atribuye a mala praxis del personal sanitario,

quien no habría atendido adecuadamente la lesión que padecía en su pie izquierdo lo que culminó con la amputación del miembro inferior izquierdo por debajo de la rodilla. En concreto reprocha el uso de betadine en el cuidado de la herida y la no utilización de otras medidas terapeúticas.

Para centrar la cuestión relativa a la supuesta infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales que atendieron al paciente, debemos señalar que con relación a la carga probatoria, el Tribunal Supremo (Sentencia de 19 de septiembre de 2012 (recurso 8/2010) o 9 de diciembre de 2008, (recurso 6.580/2.004), por todas), reitera lo que constituye regla general de que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. La doctrina jurisprudencial ha sentado la inversión de la carga de la prueba en aquellos supuestos en que su práctica es sencilla para la Administración y complicada para el reclamante. Podemos reproducir por su claridad la Sentencia del Tribunal Supremo (Sala Tercera, Sección 6^a) de 27 de junio de 2008, que se pronuncia en los siguientes términos: “*(...) Es verdad que la carga de la prueba pesa sobre quien formula la pretensión indemnizatoria; pero es igualmente claro que en un caso como éste, con todos los indicios mencionados, la Administración no ha sido capaz de ofrecer una explicación satisfactoria de lo sucedido*”. Incluso en determinados supuestos se ha dicho que “*probada la irregularidad, corresponde a la Administración justificar que, en realidad, actuó como le era exigible*”. En este sentido se manifiesta la Sentencia del Tribunal Supremo de 26 de marzo de 2012, con cita de otras anteriores de la misma Sala y Sección como la de 27 de diciembre de 2011 o la 7 de julio de 2008, en las que se insiste en que así lo demanda el principio de la “facilidad de la prueba”.

En el supuesto de daño desproporcionado señala el Tribunal Supremo, en su Sentencia de 4 de diciembre de 2012, lo siguiente:

“La Administración sanitaria debe responder de un “daño o resultado desproporcionado”, ya que éste, por sí mismo, por sí sólo, denota un componente de culpabilidad, como corresponde a la regla «res ipsa loquitur» (la cosa habla por sí misma) de la doctrina anglosajona, a la regla «Anscheinsbeweis» (apariencia de la prueba) de la doctrina alemana y a la regla de la «faute virtuelle» (culpa virtual), que significa que si se produce un resultado dañoso que normalmente no se produce más que cuando media una conducta negligente, responde el que ha ejecutado ésta, a no ser que pruebe cumplidamente que la causa ha estado fuera de su esfera de acción (sentencias de 19 de septiembre de 2012, recurso de casación 8/2010, 17 de septiembre de 2012, recurso de casación 6.693/2010, 29 de junio de 2011, recurso de casación 2.950/2007 , y 30 de septiembre de 2011, recurso de casación 3.536/2007) ”.

En este punto se ha dicho que incumbe a la Administración probar que se actuó con la debida diligencia. En este sentido se pronuncia la Sentencia del Tribunal Supremo de 20 de junio de 2006 en la que se indica

“dado que la paciente ingresó en el Servicio de Cirugía del Hospital G a fin de ser intervenida, en una operación de mínimo peligro según se deduce de los riesgos generales que se incluyen en la hoja ciclostilada en la que la enferma prestó su consentimiento, la colecistectomía laparoscópica como tratamiento de la litiasis biliar, tuvo que probar la Administración sanitaria, suministradora del servicio público, a quien le incumbía la carga de la prueba, la debida diligencia en la prestación del servicio quirúrgico practicado que ocasionó la defunción de Doña M, ya que se produjo un daño anormal o desproporcionado a lo que comparativamente es inusual en una la intervención médica de esta naturaleza y el resultado letal, pues tal intervención quirúrgica comportaba los riesgos inherentes a cualquier operación”.

No obstante lo dicho, la Sentencia del Tribunal Supremo de 30 de abril de 2007 a propósito de esta cuestión señala que:

“la existencia de un resultado desproporcionado no determina por sí solo la existencia de responsabilidad del médico, sino la exigencia al mismo de una explicación coherente acerca del por qué de la importante disonancia existente entre el riesgo inicial que implicaba la actividad médica y la consecuencia producida”.

Además como apunta la Sentencia del Tribunal de Supremo de 9 de marzo de 2011, debe recordarse:

“es jurisprudencia reiterada de esta Sala la que expresa que no resulta adecuada la invocación de la doctrina del daño desproporcionado a efectos probatorios, cuando la lesión padecida por la interesada como consecuencia de la intervención a que fue sometida constituye un riesgo propio de la misma en un porcentaje considerable, como informan los peritos, de modo que lo ocurrido no puede considerarse como un daño desproporcionado atendiendo a las características de la intervención que se practicó”.

En el caso que examinamos, no resulta controvertido en el expediente que el reclamante sufrió una amputación del miembro inferior izquierdo como resultado de la mala evolución de la herida que padecía en el pie izquierdo. Si bien los informes médicos que obran en el expediente desmienten la aseveración del reclamante de que dicha complicación fuera el resultado de que los cuidados que se le dispensaron no fueran los adecuados.

En este punto, frente a las alegaciones del reclamante, los informes médicos contrastados con la historia clínica examinada, acreditan que la asistencia dispensada al interesado fue la correcta. En particular, debemos atenernos al informe de la Inspección Sanitaria, por su presumible imparcialidad cuando señala que *“los procedimientos realizados y los medios*

utilizados han sido acordes en todo momento a los síntomas y signos de la patología emergente, tanto por la corrección de las técnicas desarrolladas como por el nivel de medios puestos a disposición del paciente. No se ha encontrado en ningún grado la realización de hechos que constituyan daño antijurídico”.

El examen de la historia clínica pone de manifiesto que la atención dispensada al reclamante fue continuada y acorde a la sintomatología que presentaba en cada momento. Así, por lo que se refiere a la asistencia dispensada por el médico de Atención Primaria, en quien el reclamante centra su reproche, la documentación examinada revela que el paciente fue atendido para revisión y curas, con una periodicidad de cada 2 o 3 días y las curas se realizaron con un hidrocoloide fino o hidrogel, que en contra de lo manifestado por el reclamante es el tratamiento protocolizado para este tipo de lesiones y así consta en el documento elaborado por un hospital del País Vasco que el interesado acompaña a su reclamación. También en contra de lo manifestado por el reclamante, la Inspección Sanitaria subraya que el tratamiento con betadine, respecto al que consta su utilización no en el centro de salud sino en el Hospital Universitario 12 de Octubre, es de uso habitual “*por su adecuado índice riesgo/beneficio*” y también aparece como tratamiento local apropiado de las úlceras del pie diabético en el documento aportado por el interesado junto a su escrito de reclamación. Respecto al resto del tratamiento suministrado consta en la historia clínica que el reclamante permanece todo el tiempo bajo tratamiento antibiótico. Por otro lado, también está acreditado que tan pronto como el médico de Atención Primaria aprecia un empeoramiento de la lesión modifica el tratamiento, añadiendo levofloxacino y AINES (consulta del día 25 de noviembre de 2011) y deriva al reclamante a los servicios de un centro hospitalario para una atención más especializada. También, en contra de lo manifestado por el reclamante, consta en la historia clínica la realización de desbridamientos de la lesión en el pie, técnica habitual para este tipo de lesiones, en palabras de

la Inspección Sanitaria e incluso la realización de toma de cultivos “*a pesar de que existen muchas dudas de que el cultivo en este tipo de patologías aporte resultados de utilidad práctica*”, según la Inspección Sanitaria. Por todo lo señalado, el informe de la Inspección Sanitaria concluye que la asistencia dispensada al reclamante es reveladora “*de una adecuada accesibilidad a los medios terapéuticos considerados precisos para el grado de lesión diagnosticado*”. Por otra parte, resulta destacable en este punto la propia conducta del reclamante puesta de manifiesto en el informe del médico de Atención Primaria en su informe y constatada en la historia clínica, en el sentido de no llevar un adecuado control de la glucemia, esencial en un paciente con la patología de diabetes mellitus tipo II y tampoco mantener las medidas posturales recomendadas debido a su profesión.

Resulta pues, en el presente caso, que pese a la corrección de la asistencia dispensada que se desprende de los informes médicos que obran en el expediente y de la historia clínica examinada, se produjo una evolución de la lesión claramente desfavorable que culminó con la amputación del miembro inferior izquierdo.

Si bien resulta indudable la gravedad del resultado, no por ello puede calificarse sin más de "desproporcionado" a estos efectos, teniendo en cuenta que no nos encontramos con un resultado anormal o insólito, sino que como subraya la Inspección Sanitaria en su informe “*no es difícil encontrar estudios amplios que refieren que del 15% de los pacientes diabéticos que sufrirán un pie diabético del 15 al 20% deberán ser amputados y de estos más de la mitad deberán sufrir una reamputación*”. Se trataba de un paciente con un mal control glucémico, obeso y con una profesión que le impedía el adecuado mantenimiento de las medidas posturales recomendadas, lo que sin duda pudo contribuir en la mala evolución de la lesión.

Por todo ello, teniendo en cuenta que en el expediente no existe indicio alguno de que interviniere mala praxis en el tratamiento dispensado, que los servicios médicos han dado una explicación razonable sobre la corrección de la asistencia dispensada, corroborada por la historia clínica examinada y siendo el efecto indeseable surgido una complicación relativamente usual o frecuente de la patología que presentaba el paciente, no cabe sino desestimar la reclamación patrimonial presentada.

A la vista de todo lo anterior, el Consejo Consultivo formula la siguiente

CONCLUSIÓN

La reclamación de responsabilidad patrimonial presentada debe ser desestimada al no haber quedado acreditada la mala praxis denunciada por el reclamante ni la existencia de un daño desproporcionado.

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, 9 de octubre de 2013