

Dictamen n.º: **617/11**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **10.11.11**

**DICTAMEN** de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, emitido por unanimidad, en su sesión de 10 de noviembre de 2011, sobre consulta formulada por el Consejero de Sanidad, al amparo del artículo 13.1.f).1º de su Ley Reguladora, 6/2007, de 21 de diciembre, respecto de reclamación de indemnización por responsabilidad patrimonial presentada por E.M.R., por la deficiente asistencia sanitaria prestada por el Centro de Salud de Galapagar y los Hospitales Puerta de Hierro y Clínico San Carlos.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Por el Consejero de Sanidad, mediante escrito de 23 de agosto de 2011, con registro de entrada en este órgano el día 26 de agosto siguiente, se formuló preceptiva consulta a este Consejo Consultivo por trámite ordinario, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la Sección IV, presidida por la Excm. Sra. Dña. Cristina Alberdi Alonso.

Advertida la remisión incompleta del expediente, se solicitó, en virtud de lo dispuesto en el artículo 17.2 de la Ley 6/2007, del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, el complemento del expediente administrativo, consistente en el acuerdo de denegación de solicitud de ampliación formulada por la reclamante y acuses de recibo de la notificación de dicho acuerdo, con suspensión del plazo para la emisión de dictamen.

El día 24 de octubre de 2011, tuvo entrada en el registro del Consejo Consultivo la documentación solicitada, reiniciándose el plazo para emitir dictamen. Estimando la documentación remitida completa, se firmó por la Consejera Ponente la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberado y aprobado, por unanimidad, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo, en su sesión de 10 de noviembre de 2011.

**SEGUNDO.-** Por escrito presentado el 27 de diciembre de 2010 en la Oficina de Registro de la Vicepresidencia, Consejería de Cultura y Deporte y Portavocía del Gobierno dirigido al Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), la interesada anteriormente citada formula reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos por la deficiente asistencia sanitaria prestada por la sanidad pública en el diagnóstico y tratamiento de una isquemia crónica. Según refiere la reclamante, desde el año 2008 comenzó con un importante dolor en el pie izquierdo y fue atendida tanto en el Centro de Salud de Galapagar como en el Hospital Puerta de Hierro (servicios de Traumatología, Medicina Interna y Reumatología). En el servicio de Reumatología fue diagnosticada de psedogota en agosto de 2009, pautándose un tratamiento con cortisona *“que logró el alivio temporal del dolor y los síntomas de mi enfermedad”*. Sin embargo, en febrero de 2010 sufrió un agravamiento de los síntomas porque los dedos pequeños del pie izquierdo estaban blancos y fríos y el dedo gordo y la planta del pie violáceos. *“Ante este agravamiento de la sintomatología que la sanidad pública no acertaba a sanar, opté por acudir a un cirujano privado que ordenó realizar un eco-doppler arterial”*. La citada prueba orientó el diagnóstico correcto. La reclamante acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Puerta de Hierro donde se le informó que no existía en dicho Hospital Servicio de Cirugía Vascular y que tenía que ser atendida en el Hospital Clínico San Carlos. El día 2 de marzo, en el citado Hospital se le realizó un CT abdominal y pélvico con contraste en fase arterial y angio-TC con reconstrucciones de aorta

abdominal y MMII diagnosticándose una trombosis arterial del pie izquierdo. La interesada manifiesta que el retraso en el diagnóstico de su enfermedad en más de cinco años le ha provocado una isquemia en grado IV del pie izquierdo.

Refiere, además, la reclamante que la atención sanitaria recibida del SERMAS una vez alcanzado el diagnóstico tampoco fue adecuada, al no darle solución alguna, *“de modo que me vi obligada a acudir a la sanidad privada, para el tratamiento de mi enfermedad”*. La interesada alega que se le pautó un tratamiento con postranglandinas y tras 21 días sin obtener ningún resultado, fue dada de alta con ese mismo tratamiento. Además, frente a la opinión del Dr. M.C., *“que me daba esperanzas de que darían con el medio de curarme el pie”*, el Dr. M.L. le dijo, con toda claridad que *“no había más remedio que amputar”*. El día 15 de marzo fue dada de alta *“en peores condiciones que las que había entrado y sin darme solución alguna al problema, citándome nuevamente para un mes después, cuando todos sabíamos que el problema no podía esperar”*. Durante ese mes, la paciente buscó una segunda opinión médica y el 30 de marzo de 2010 acudió a la Clínica A, donde fue operada al día siguiente, 31 de marzo por *“gangrena de extremidad inferior izquierda con riesgo de pérdida del miembro”*. Fue dada de alta el día 8 de abril de 2010 (folios 1 a 9 del expediente administrativo).

E.M.P. solicita que se le abonen los gastos que le produjo la demora en el diagnóstico de su enfermedad y *“de la utilización de los métodos adecuados para evitar la gangrena y la amputación de mi pierna”*, así como los gastos farmacéuticos que tuvo que realizar, al tratarse de una paciente desplazada en otra comunidad autónoma. Cuantifica su importe en 56.636,72 euros, que resulta de la suma de los gastos médicos (16.647,05 euros), gastos farmacéuticos (445,28 €), 10 días improductivos de ingreso hospitalario (645,70 €) y 627 días improductivos sin estancia hospitalaria (desde el 30 de junio de 2008 —en que *“el dolor llegó al grado*

*incapacitante*”- hasta el 30 de marzo de 2010 –fecha en la que ingresó en la Clínica A-) (32.898,69 €) y por daño moral y *“pretium doloris”* (6.000 €).

Con el escrito de reclamación se acompañan informes médicos y facturas para acreditar la realidad de los gastos reclamados (folios 10 a 71)

**TERCERO.-** Presentada la reclamación se acordó la instrucción del expediente, conforme a lo previsto en el R.D. 429/1993, de 26 de marzo. Del expediente resultan los siguientes hechos:

La reclamante, de 74 años en la fecha en que ocurrieron los hechos por los que reclama, fue diagnosticada el 4 de febrero de 2010 de trombosis arterial del pie izquierdo.

Según se refleja en el resumen de la historia clínica de la paciente en el Centro de Salud de Galapagar, la reclamante fue atendida durante los años 2003 y 2004 por diferentes dolencias tales como, dolor torácico, dorsalgia, alteración articulación temporomandibular, gonalgia. El día 13 de octubre de 2003 por *“síntoma, queja, signo dedos (pies)”*, refirió haber sufrido un traumatismo estando de viaje y aportaba radiografía, diagnosticándose: *“dudosa fisura de falange 1/2 del V dedo del pie izquierdo”*.

Un año después, el 14 de octubre de 2005 consultó por hormigueo en las extremidades y de calambres musculares. Realizándose analítica de iones normales y anotándose *“de momento observación y si persisten se remite al neurólogo”*.

La siguiente consulta por dolor en el pie se realizó el 30 de junio de 2008 en la que refirió dolor en borde externo del pie izquierdo y *“hace tres meses dolor muy fuerte”* y comienzo con erupción de granitos, no sabía si vesículas, que cedían con Vaspit y después recidivaban, por lo que fue derivada a Dermatología.

En agosto de ese mismo año, fue diagnosticada de metatarsalgia de apoyo del pie izquierdo. El traumatólogo había recomendado plantillas.

Casi un año después, el 16 de junio de 2009 acude nuevamente a consulta en su centro de salud por dolor en pie izquierdo de 2 años de evolución. Según consta en la historia, el traumatólogo había recomendado plantillas que inicialmente mejoraron el cuadro, para aumentar después el dolor, notando a veces hinchazón y dolor en toda la planta del pie. En la exploración física se observó dolor al palpar la planta y en la base del 5º metatarsiano, se indicó calzado almohadillado y paracetamol.

El 6 de julio de 2009 persistía dolor y la paciente presenta eritema en cara externa del pie izquierdo, mejorando el dolor con ácido acetilsalicílico. EF: pulsos pedios y tibiales positivos. Aportaba informe de Urgencias con analítica de 10.080 leucocitos (76% neutrófilos), Rx sin hallazgos e indicación de tratamiento antibiótico por sospecha de celulitis.

Acude a revisión tres días después, el día 9 de julio de 2009. Se observa disminución de la inflamación.

El día 13 de julio de 2009, vuelve nuevamente a revisión y se constata que la clínica casi había cedido totalmente.

Dos días después, el 15 de julio de 2009 refiere dolor en primer dedo de pie izquierdo y cara externa del mismo, con lesiones violáceas cutáneas que impresionan de vasculitis de pequeño vaso. EF: no frialdad de las extremidades, no signos infecciosos, tensión arterial normal, pulsos conservados. Se pauta tratamiento, se solicita analítica completa con coagulación y se remite a Medicina Interna para estudio de posible vasculitis.

Acude el día 24 de julio de 2009 porque seguía con dolor en base de 4-5 dedos y cara externa del pie; dolor al mínimo roce. Pulsos pedios positivos, simétricos; analítica normal. Como su cita para Medicina Interna

era para noviembre y para Traumatología para diciembre, se deriva a Reumatología.

La interesada acudió, ese mismo día, 24 de julio de 2009 al Servicio de Urgencias del Hospital Puerta de Hierro de Majadahonda, por dolor e inflamación en pie izquierdo. Dicho cuadro fue interpretado en Urgencias como inflamación del tejido celular subcutáneo, recetándose antiinflamatorios no esteroideos durante 7 días, con mejoría parcial.

El 4 de agosto de 2009 acude al Servicio de Reumatología del Hospital Puerta de Hierro remitida desde Urgencias. Refería cuadro doloroso de un año y medio de evolución en región metatarsiana de pie izquierdo con aparición ocasional de eritema, y manifestó que había sido valorada previamente en Traumatología en fecha que no supo precisar y en la que se le había indicado uso de plantilla y que había empeorado en el último mes con persistencia del dolor durante la noche con mejoría parcial con reposo, apareciendo lesiones eritematovioláceas en el primer dedo del pie izquierdo y en la cara externa del pie. A la exploración, la paciente presentaba dolor a la presión en cabeza de metatarsiano del pie izquierdo con dolor a la movilización de la articulación interfalángica del primer dedo, sobre todo a la extensión y una lesión violácea en pulpejo del primer dedo en zona de presión del calzado. No había artritis en tobillo ni tarso, ni signos flogóticos y resto de la exploración sin hallazgos destacables incluyendo los pulsos pedios que se recogen expresamente en el informe del Servicio de Urgencias como normales. Con la impresión diagnóstica de metatarsalgia izquierda y posible tenosinovitis del extensor del primer dedo, se solicitaron analítica, resonancia magnética de pie izquierdo, radiografía de pies, manos, pelvis y rodillas y se pautó tratamiento corticoideo oral como antiinflamatorio en pauta descendente.

El 11 de agosto de 2009 acudió al centro de salud con el informe de Reumatología: metatarsalgia izda., probable tenosinovitis del primer dedo. Pautaron Dacortin y solicitaron Rx, analítica y RM.

El día 29 de septiembre de 2009 acude a revisión a la consulta de Reumatología. Se había producido una mejoría prácticamente completa de la sintomatología, persistiendo ocasional dolor mecánico en antepié, no volviendo a presentar inflamación ni lesiones cutáneas. Se suspendió tratamiento esteroideo.

Acude a revisión al Servicio de Reumatología del Hospital Puerta de Hierro el día 15 de octubre 2009, fecha en que estaba asintomática. En las pruebas complementarias se evidenció un proceso poliartrósico comprobado radiológicamente con episodio inflamatorio en el primer dedo del pie izquierdo resuelto.

En fecha 30 de octubre de 2009 acudió al Centro de Salud de Galapagar con el informe de Reumatología en el que se le diagnosticó poliartrosis, tenosinovitis extensor primer dedo, posible pseudogota resuelta con dosis bajas de corticoides, cita preferente abierta si repetían síntomas. En la misma consulta refería, de nuevo, enrojecimiento de la planta del pie por lo que se le indicó utilizara la cita abierta de Reumatología.

El día 3 de noviembre de 2009 acudió sin cita al Servicio de Reumatología por episodio autolimitado de 24 horas el día 30 de octubre 2009, por lo que no pudo ser evidenciado en consulta.

Seis días más tarde, el 9 de noviembre de 2009, acude nuevamente a consulta de Reumatología, donde se constató inflamación del tobillo y tarso izquierdos, con demostración de derrame por ecografía, realizándose artrocentesis, que mostró cristales de PPCD, estableciéndose diagnóstico de artropatía por depósito de cristales de PPCD (pseudogota). Se realizó infiltración local con resolución de la artritis.



Fue atendida, de nuevo en consulta de Reumatología, el día 12 de enero de 2010, apreciándose artritis en la primera metatarsofalángica, que fue tratada igualmente con infiltración local.

En revisión posterior, el día 2 de febrero de 2010 refirió escasa mejoría con aparición de frialdad y cambios de coloración vespertinos en el primer dedo del pie izquierdo. A la exploración se aprecia metatarsalgia izquierda a la compresión sin artritis con cianosis en pulpejos de los dedos 1º, 2º y 4º del pie izquierdo. La exploración de pulsos arteriales de la extremidad (y de la contralateral) fue normal, no apreciándose soplos vasculares por auscultación. Se realizó ecografía articular en consulta en la que no se evidencia de artritis ni tenosinovitis, detectándose presencia de flujo vascular mediante Doppler-color en pedio e interdigitales, medición cualitativa y no cuantitativa, al tratarse de un ecógrafo configurado para exploración articular. Durante su estancia en consulta, se normalizó coloración del primer dedo del pie. Con sospecha de proceso arterial de microvasculatura (fenómeno de Raynaud o cuadro de distrofia simpática), se solicita gammagrafía osteoarticular que no se llegó a realizar, ya que acudió al Servicio de Urgencias 48 horas después con un cuadro de trombosis arterial aguda de la arteria pedia izquierda.

La paciente es remitida al Servicio de Cirugía Vascular del Hospital Clínico San Carlos desde el H. Puerta de Hierro para valoración de posible cuadro isquémico en miembros inferiores, siendo citada para el día 15 de marzo de 2010.

No obstante, el día 5 de febrero de 2010 acude al Servicio de Urgencias del Hospital Clínico San Carlos, donde es atendida por un Cirujano Vascular y en el laboratorio de dicho Servicio para estudio hemodinámico. El cirujano hace un diagnóstico de enfermedad vascular distal con cianosis en antepié. En el estudio hemodinámico se observa patrón de permeabilidad troncular con estudio dentro de la normalidad salvo



aplanamiento marcado de PPGS, lo que sugiere lesión de vasos distales a nivel de pie. Visto el hallazgo, se inicia tratamiento con prostaglandinas iv y seguimiento ambulatorio.

El día 1 de marzo de 2010 acude nuevamente a Urgencias del Hospital Clínico San Carlos por empeoramiento del dolor en reposo. Tras la exploración con pulsos positivos a todos los niveles en miembros superiores, pulsos presentes a todos los niveles en el miembro inferior derecho y en el miembro inferior izquierdo: pulso femoral positivo, poplíteo positivo, T. Post positivo, resto negativos. Se observa en el pie izquierdo palidez y frialdad del antepié, cianosis del primer dedo y pulpejo de 2º, 3º y 4º dedos, cianosis parcheada en la cabeza de todos los metatarsianos, no lesiones tróficas. Se pauta tratamiento y se solicita CT abdominal y pélvico con contraste en fase arterial y angio-TC para realizar en el Hospital Puerta de Hierro al día siguiente y se remite a consulta de cirugía vascular el día 3 de marzo de 2010 para realizar nuevo estudio hemodinámico en el que se reitera el resultado. El día 5 de marzo se decide ingreso para mejor control analgésico.

La reclamante permaneció ingresada en el Hospital Clínico San Carlos hasta el día 15 de marzo de 2010, día en que es dada de alta, tras completar el ciclo de prostaglandinas y modificar la analgesia por la Unidad del Dolor, consiguiendo un aceptable nivel analgésico. Al alta el diagnóstico es de isquemia crónica grado IV pendiente con tratamiento médico durante treinta días y próxima cita para el día 15 de abril de 2010.

El día 30 de marzo de 2010, la paciente acudió a la Clínica A para una segunda opinión. En el informe consta como motivo de ingreso *“gangrena en EII con riesgo de pérdida de miembro”*.

El 31 de marzo se realiza arteriografía de la extremidad inferior izquierda observándose estenosis hemodinámicamente significativa (>70%) en tercio medio de la arteria femoral superficial más estenosis crítica

preoclusiva (>90%) en la transición fémoro-poplítea. Se realiza angioplastia de lesiones y se implantan 2 stents.

En el postoperatorio presenta hematoma doloroso importante en región inguinal derecha. Se valora mediante ecografía y ante la presencia de pseudoaneurisma se trata con trombina inyectada localmente. Se realiza TAC de pelvis de control donde se observa pseudoaneurisma trombosado. Persiste dolor en dicha región por lo que se solicita ecodoppler arterial que descarta la presencia de sangrado activo. Posteriormente evoluciona favorablemente. Durante el ingreso la paciente aqueja dolor importante de extremidad inferior izquierda con cambios posturales y que no mejora con tratamiento analgésico convencional más mórficos. Es valorada por la Unidad del dolor que ajusta tratamiento analgésico.

El día 19 de abril de 2010 es dada de alta, pendiente de ver evolución, con el diagnóstico de *“síndrome isquémico grave de extremidad inferior izquierda tratado con angioplastia; pseudoaneurisma en región inguinal derecha; dolor isquémico + postoperatorio mal controlado”*.

En fecha 17 de junio de 2010 acudió con el informe de la Clínica A a su Centro de Salud. Según se recoge en la historia tenía dolor en dedo gordo, coloración violácea y úlcera plantar debajo del primer metatarsiano. Se iba a realizar seguimiento en dicho Centro.

Es atendida nuevamente en su Centro de Salud el 15 de diciembre 2010 por continuar con dolor en metatarsianos al apoyar. Se había realizado 3 tipos diferentes de plantillas sin mejorar y se le indicó que acudiera a la C.U. de Podología por si le podían revisar el tema de plantillas.

A efectos de emisión del presente dictamen, son de interés, además de los documentos indicados en el antecedente SEGUNDO, los que siguen:

1. Informe del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Clínico San Carlos, de 18 de enero de 2011 que concluye: *«Si bien es*

*cierto que presentaba lesiones en la arteria femoral superficial, teniendo en cuenta la exploración clínica y los estudios funcionales, cabía pensar que dichas lesiones no eran las causantes principales del cuadro clínico. Además, se desestimó de entrada el tratamiento de dichas lesiones ya que podría agravarse el cuadro si hubiera complicaciones. En resumen, se trata de una paciente con un cuadro clínico secundario fundamentalmente a enfermedad distal que además presenta lesión en arteria femoral superficial. Se decidió, por tanto, no tratar inicialmente la arteria femoral superficial e instaurar el tratamiento médico, “no quirúrgico” específico, pendiente de reevaluar el tratamiento en función de la evolución clínica. Nunca tuvieron opción de nueva valoración porque decidió tratarse en otra institución por lo que no se sabe cuál hubiese sido la respuesta clínica sin intervención quirúrgica. Por otra parte, como reconoce la paciente, se le informó de que si la evolución clínica no fuera favorable se plantearía tratamiento quirúrgico. Tampoco tuvieron la oportunidad de valorar la intervención quirúrgica porque decidió trasladarse a otra institución» (folios 77 a 80).*

2. Historia clínica de la reclamante en el Hospital Clínico San Carlos (folios 81 a 119).

3. Informe emitido por un médico del Centro de Salud de Galapagar el 21 de enero de 2011, en el que se expone una relación de las asistencias prestadas a la reclamante en dicho centro (folios 120 y 121).

4. Historia clínica de la reclamante en el Centro de Salud Galapagar (folios 122 a 134).

5. Informe del Jefe de Servicio de Reumatología del Hospital Puerta de Hierro, remitido el 27 de enero de 2011 en el que, tras una relación de las asistencias realizadas a la reclamante concluye: *“Se trata de una paciente con un cuadro reumatológico de poliartritis y metatarsalgia de apoyo con un episodio inflamatorio en el primer dedo del pie izquierdo resuelto,*

*sugere de tenosinovitis, atendido desde el 4 de agosto al 15 de octubre de 2009 y que fue tratado con resolución temporal de la sintomatología del pie, en la que posteriormente (noviembre 2009) se evidenció un proceso de artritis microcristalina en tobillo, tarso y 1ª MTF izquierda (artropatía por depósito de PPCD - pseudogota) comprobado por ecografía y examen de líquido sinovial y que finalmente, en febrero 2010, añade un cuadro de trombosis en arteria pedia izquierda. Consideramos que los tiempos de atención en consulta y revisiones cumplen y superan los estándares recomendados por la Sociedad Española de Reumatología y se actuó conforme a la práctica clínica habitual por cuanto la presencia de patología vascular arterial fue considerada en el diagnóstico diferencial del dolor en el antepié, pero dada la normalidad de los pulsos arteriales de la extremidad, los hallazgos de la exploración del aparato locomotor y en las pruebas complementarias realizadas, que justificaban la sintomatología, a lo que se añadió la respuesta favorable a los tratamientos pautados, se establecieron los diagnósticos de patología articular referidos, no siendo hasta la fecha del 2 de febrero en que con la aparición tres días antes de cambios cutáneos relevantes en la exploración en ausencia de artritis activa, se indicó estudio de otras causas”(folios 135 a 137).*

6. Informe emitido por el Coordinador de Urgencias del Hospital Puerta de Hierro, de 23 de enero de 2011 que concluye: *“En las dos ocasiones en que E.M.R. consultó en Urgencias, la actuación clínica fue completamente correcta ya que en la primera no había datos clínicos que hicieran sospechar de isquemia y en la segunda, fue derivada de forma urgente a Cirugía Vascular y Angiología de referencia. Quisiera destacar también que, dado el carácter crónico de su isquemia, no requería ninguna actuación adicional por parte del Servicio de Urgencias”* (folios 138 y 139).

7. Historia clínica de la reclamante en el Hospital Puerta de Hierro de Majadahonda (folios 141 a 198).

8. Escrito de la interesada presentado el 1 de abril de 2011 en el que designa representante para la tramitación de la reclamación a E.P.M. (folio 199).

9. Informe de la Inspección sanitaria, de 31 de marzo de 2011 que manifiesta: *“Además del problema vascular, parece evidente que presentaba un problema osteoarticular ya detectado y tratado por el S.P. de Salud con anterioridad (Traumatología en 2008 prescribiendo plantillas y Reumatología en 2009, diagnosticando de pseudogota y prescribiendo Colchrimax). Por otra parte, presenta un cuadro de isquemia arterial crónica que parece ser se solapó con el cuadro que presentaba previamente y que, como ya se ha comentado, estaba siendo estudiado por Servicio de Reumatología. Hay que destacar que hasta febrero de 2010, la exploración de pulsos distales en MII era normal. El diagnóstico de trombosis arterial en pie izquierdo. se realiza en febrero de 2010; se confirma en el H. Clínico el día 5-2-2010 comenzando tratamiento ese mismo día. Valorada en sesión clínica, se decide mantener el tratamiento médico debido a que sólo se observa isquemia de antepié y al estudio hemodinámico que sugiere principalmente enfermedad severa distal; es decir, la lesión de la arteria femoral no es la causante del cuadro clínico según informe del Servicio de Cirugía Vascular de dicho Centro. No obstante, según evolución, se valoraría arteriografía y eventual cirugía. Fue dada de alta con lesiones mínimas, que como tales (milimétricas) fueron apreciadas en la C. A, donde se le puso stent en arteria femoral superficial en base a arteriografía practicada en dicho Centro, sin conocerse si se hizo estudio funcional. Sin volver a control para valorar evolución, acudió a la C. A para segunda opinión, tal y como queda reflejado en el informe de Medicina Interna que aporta la reclamante. Por tanto, no hay datos para estimar que haya habido retraso diagnóstico. El cuadro que presenta anteriormente al año 2010 es osteoarticular, y según consta en el informe emitido por el Servicio de Reumatología del*

*H.U. Puerta de Hierro de Majadahonda, en octubre de 2009, estaba asintomático. Es en febrero de 2010 cuando refiere cambios de coloración y frialdad en EII, cambios que no había referido en la revisión de enero de ese año. Según justifica el Servicio de Cirugía Vascular del H. Clínico San Carlos, se adoptó actitud expectante de tratamiento médico y valorar evolución ya que, según explican, la arteriografía y actuación sobre femoral superficial podría no sólo no mejorar sino empeorar el cuadro. No puede valorarse la evolución que hubiera seguido, ya que acudió a otro Centro donde implantaron un stent, a pesar de lo cual continuó con cuadro de dolor en pie por artrosis de MTF. Por otra parte, las vicisitudes relatadas para obtener citación en el H. Clínico tras ser derivada desde el H.U. Puerta de Hierro, parece que podrían ser subsanadas con facilidad, y evitar así molestias innecesarias.”(folios 201 a 230).*

10. Escrito del representante de la reclamante, presentado el 22 de junio de 2011, en el que –tras poner de manifiesto el transcurso del plazo de seis meses desde la interposición de la reclamación–, se interesa por el estado de tramitación del procedimiento (folios 231 a 234).

11. Notificación del trámite de audiencia a la reclamante, efectuada el 27 de junio de 2011 (folios 239 a 241).

12. Escrito de alegaciones presentado por el representante de la reclamante el 14 de julio de 2011 en el que considera acreditados el retraso y error de diagnóstico y la situación de urgencia vital en que se encontraba la paciente cuando, a la vista de la actitud y tratamiento adoptados por el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Clínico San Carlos, consistente en mantener una actitud “expectante”, “con la intención de proceder, tras un mes de sufrimiento en casa, a una amputación del miembro afectado”, decidió acudir a la sanidad privada. La reclamante propone, con la finalidad de acreditar que el Dr. M.L. no se limitó a



informar de la posibilidad de amputación sino que le anunció que el único “tratamiento quirúrgico” consistía en la amputación, tras el fracaso del tratamiento farmacológico, la declaración testifical de tres personas que estaban presentes cuando se informó a la paciente. Acompaña con su escrito de alegaciones la declaración de dichos testigos y propone, “*en el caso de que el Sr. Instructor no considere suficiente a efectos probatorios las declaraciones escritas aportadas*”, que se tome declaración testifical a las personas enunciadas e, “*incluso que se tome declaración al Dr. M.L. que hizo dichas afirmaciones*”. Además, propone como prueba que se someta a la reclamante a un examen médico que determine su estado de salud actual en relación con los hechos que fundamentan la reclamación. Finalmente, se solicita en el escrito de alegaciones una ampliación del trámite de audiencia con la finalidad de aportar un informe médico pericial en relación con los hechos que fundamentan la reclamación. El motivo en que fundamenta su solicitud es que no ha sido posible la emisión de dicho informe hasta esa fecha porque no disponía de la historia clínica ni de los informes emitidos (folios 246 a 255). Al escrito de alegaciones al trámite de audiencia se adjuntan artículos de literatura médica sobre la isquemia crónica (folios 256 a 304), declaraciones de los testigos propuestos (folios 305 a 308) y copia del informe de 14 de abril de 2011, correspondiente a la última revisión realizada a la reclamante en la Clínica A (folios 309 y 310).

La declaración de N.L.M. manifiesta que fue un día del mes de febrero de 2010 a visitar a su amiga al Hospital Clínico y que se la encontró especialmente abatida porque “*aunque el día anterior el Dr. M.C. le había hablado de expectativas de recuperación, sin embargo al día siguiente el Dr. M.L. le había dicho que el tratamiento no funcionaba y que era imprescindible amputarle la pierna. (...) Recuerdo que sentí una gran indignación por el hecho de que días antes le habían dicho lo contrario y me parecía que en un asunto tan grave no se puede jugar con un enfermo. Coincidió que estaba yo acompañándola cuando el Dr. M.L.*



*vino a pasar consulta así que, al salir de la habitación, lo abordé en el pasillo y le pedí que al menos los facultativos se pusieran de acuerdo para no dar falsas expectativas y destruirlas al día siguiente. Me contestó que el tratamiento que E.M.R. había seguido durante varias semanas no había dado resultado y que, como el estado de la enferma era cada vez más grave y ella no era consciente de esa gravedad, el había optado por decirle la verdad por dolorosa que fuera aunque, naturalmente, se esperarían hasta el último momento para proceder a la amputación". M.L.M.R. (hermana de la reclamante) declara que acudió al Hospital para estar presente en la explicación, por uno de los médicos del equipo que estaban tratando a su hermana, de la situación de la enferma tras ocho días de tratamiento. La testigo manifiesta: "Acudí yo a primera hora de la mañana para estar delante en la conversación entre el médico que acudiera y mi hermana. Vino el Dr. M.L., quien le manifestó a mi hermana y yo estaba delante, 1º) que el tratamiento seguido hasta ahora, no había servido para nada. 2º) que la iban a mandar a su casa para que durante un mes siguiera el mismo tratamiento que hasta ese momento, le habían prescrito en el propio hospital. 3º) que no albergaba ninguna esperanza de que ese tratamiento le fuera a hacer ningún efecto positivo, puesto que hasta ahora no lo había hecho y 4º) que tendría que volver al cabo de un mes y al ingresar una vez transcurrido ese tiempo, se procedería a la amputación de la pierna izquierda a la altura de la rodilla, porque se había comprobado que así era más fácil la adaptación a la prótesis. Ante esa noticia tan traumática, intentamos que se nos dieran mayores detalles, por lo que al día siguiente, antes de salir del hospital vino a la habitación el Dr. M.C. quien manifestó que no todo estaba perdido y que se le iba a dar un medicamento durante ese mes, que servía para dilatar las arterias y permitir mayor flujo sanguíneo. Cuando dijo el nombre del medicamento, mi hermana lo sacó de la mesilla de noche con gran sorpresa del Dr. M.C., que ignoraba que ya lo estuviese tomando".*

Finalmente, el tercer testigo –J.L.G.H.– relata que acudió a visitar a su amiga, E.M.R. y coincidió con la hermana de ésta, M.L.M.R. El testigo dice: “... 3) *Que la visita se hizo coincidir, deliberadamente, con la hora en que se había fijado la visita del especialista cirujano vascular, cuyo nombre no recuerda, de unos aproximadamente 40 años, que la atendía en el citado centro y con la finalidad, como familiares y amigos, de atender al diagnóstico y solución que el citado especialista proponía, y que ya había sido transmitido asimismo verbalmente a E.M.R.* 4) *Que el especialista reiteró a la paciente, y comunicó a M.L.M.R. y al suscribiente, que el pie izquierdo de E.M.R. estaba empezando a gangrenarse, siendo así que el dedo gordo del mismo pie estaba ya perdido por no llegar riego sanguíneo al mismo y que la única solución que se ofrecía era la amputación por debajo de la rodilla.* 4) *Ante la pregunta del declarante de si no había otra solución que la expuesta el especialista comunicó que no ya que lo mejor, según su criterio, era dar una solución definitiva y que la paciente dejara de sufrir los dolores que la aquejaban. Ante la pregunta del declarante de si la amputación, en caso de tener que practicarse, no podía ser más abajo, a la altura del tobillo, ya que la parte al parecer gangrenada se concentraba en el pie, y especialmente en el dedo gordo y en la planta, manifestó el especialista que este tipo de amputaciones daban mejor resultado si se practicaban por debajo de la rodilla ya que tenían mejor pronóstico para evitar infecciones posteriores, así como para utilizar una prótesis”.*

13. Propuesta de resolución de 27 de julio de 2011 de la Viceconsejera de Asistencia Sanitaria desestimatoria de la reclamación al considerar que no hubo ni error de diagnóstico ni mala praxis en el tratamiento de la trombosis arterial y fue la reclamante la que, voluntariamente, abandonó voluntariamente el proceso asistencial público (folios 313 a 317). Esta propuesta de resolución es informada favorablemente por el Servicio

Jurídico en la Consejería de Sanidad, por informe de 17 de agosto de 2011 (folio 318).

A la vista de tales antecedentes, formulamos 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 presente caso, habiéndose cuantificado su importe en 56.636,72 euros, resulta preceptivo el dictamen de este Consejo Consultivo.

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

Ostenta la reclamante la condición de interesada y legitimada para promover el procedimiento, al amparo del artículo 139 de LRJ-PAC,

independientemente de que sea o no procedente la indemnización pedida, de acuerdo con los artículos 31 y 139 de la citada ley.

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

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

En el presente caso, la paciente fue dada del alta del Hospital Clínico San Carlos el día 15 de marzo de 2010 y fue intervenida en la Clínica A el día 31 de marzo de 2010, siendo dada de alta el 8 de abril. Por tanto, la reclamación presentada el 27 de diciembre de 2010 debe considerarse presentada en plazo.

**TERCERA.-** Al procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación, regulado en las normas antes referidas, se encuentran 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, en virtud de la Disposición adicional duodécima de la LRJ-PAC, según redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y la disposición adicional primera del precitado Reglamento aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

La reclamante aporta con su escrito de alegaciones dos artículos de literatura médica y tres declaraciones testificales que se unen al expediente, de acuerdo con lo establecido en el artículo 84.2 LRJPAC, según el cual *“los interesados, en un plazo no inferior a diez días ni superior a quince,*

*podrán alegar y presentar los documentos y justificaciones que estimen pertinentes”.*

Respecto a la solicitud de ampliación del plazo de alegaciones para aportar un informe médico pericial, ésta fue denegada por Acuerdo de 26 de julio de 2011, por considerar suficiente el plazo de quince días concedido por la Administración que, además, hizo entrega a la reclamante de copia completa de todo el expediente.

En cuanto a la prueba prevista en dicho trámite, además de no ser el momento procedimentalmente adecuado conforme los artículos 9 y 11 RPRP, dicha solicitud es rechazada de forma motivada en la propuesta de resolución. Se tienen por unidas al expediente las declaraciones formuladas por los testigos propuestos.

En consecuencia, el procedimiento seguido no adolece de ningún defecto de anulabilidad o nulidad, por cuanto se han llevado a cabo todas las actuaciones necesarias para alcanzar adecuadamente la finalidad procedimental y, así, se ha practicado la prueba precisa mediante informe del servicio interviniente, se han recabado los demás informes y pruebas que se consideraron necesarios y se ha puesto el expediente de manifiesto para alegaciones, en cumplimiento de los artículos 9, 10 y 11 del R.D. 429/1993, 82 y 84 de la Ley 30/1992, por lo que no existe en absoluto indefensión.

**CUARTA.-** Como es sabido, la responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas viene establecida, con el máximo rango normativo, por el artículo 106.2 de nuestra Constitución, a cuyo tenor: *“los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”*. La regulación legal de esta responsabilidad está contenida en la actualidad en la LRJ-PAC y en el

Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial. El artículo 139 de la citada LRJ-PAC dispone, en sus apartados 1 y 2, lo siguiente:

*“1º.- Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos.*

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

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

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

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

3º) La imputabilidad de la actividad dañosa a la Administración, requisito especialmente contemplado en las Sentencias del Tribunal Supremo de 10 de diciembre de 1982 y de 25 de febrero de 1981, que, al examinar la posición de la Administración respecto a la producción del

daño, se refieren a la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece.

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

La responsabilidad de la Administración es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión aunque es imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

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

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



*salud (artículo 43, apartado 1, de la Constitución), esto es, a que se les garantice la asistencia y las prestaciones precisas [artículos 1 y 6, apartado 1, punto 4, de la Ley General de Sanidad (RCL 1986, 1316) y 38, apartado 1, letra a), del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (RCL 1994, 1825)] con arreglo al estado de los conocimientos de la ciencia y de la técnica en el momento en que requieren el concurso de los servicios sanitarios (artículo 141, apartado 1, de la LRJ-PAC); nada más y nada menos”.*

La misma Sala Tercera del Tribunal Supremo, en sentencia de 19 de julio de 2004 (recurso nº 3354/2000), afirma que *“lo que viene diciendo la jurisprudencia y de forma reiterada, es que la actividad sanitaria, tanto pública como privada, no puede nunca garantizar que el resultado va a ser el deseado, y que lo único que puede exigirse es que se actúe conforme a lo que se llama lex artis”.*

Señalan las Sentencias del Tribunal Supremo de 15 de enero de 2008 (Recurso nº 8803/2003) y de 20 de marzo de 2007 (Recurso nº 7915/2003) que *“a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente”.* Todo lo anterior resulta relevante por cuanto el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial no convierte a la Administración en una aseguradora universal de cualquier daño que sufran los particulares, sino que únicamente debe responder de aquéllos que los administrados no tengan el deber jurídico de soportar y sean causados por infracción de la llamada *lex artis*.

**SEXTA.-** En el caso que nos ocupa, resulta acreditado en el expediente que la reclamante fue diagnosticada de una trombosis arterial en pie izquierdo y que, tras haber sido de alta en el Hospital Clínico, acudió a la Clínica A, donde tras la realización de una arteriografía se procedió a la colocación de un stent en la arteria femoral superficial.

Probada la realidad de los daños, resulta necesario analizar si existe relación de causalidad entre los daños sufridos y el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios. La reclamante considera que hubo un error y retraso en el diagnóstico su enfermedad, isquemia crónica grado IV, porque se trata de una enfermedad de carácter evolutivo de larga duración de la que fue diagnosticada cuando se encontraba en su grado máximo, *“a pesar de que la paciente acudió en múltiples ocasiones al SERMAS con sintomatología propia de la enfermedad en los años precedentes”*.

La reclamante expone en su escrito que llevaba tres años con un dolor importante en el pie izquierdo, del que ningún médico logró hacer un diagnóstico preciso y certero. Sin embargo, de la relación de hechos anteriormente expuesta, extraída de la historia clínica, resulta que la primera vez que la reclamante fue atendida por dolor en el 5º dedo del pie izquierdo, 13 de octubre de 2004, la interesada refirió que había sufrido un traumatismo en el dedo durante un viaje y aportaba radiografía, diagnosticándose *“posible fisura falange ½ V dedo del pie izquierdo”*. La siguiente consulta se realizó un año más tarde, en octubre de 2005, referida adormecimiento de las extremidades y continuos calambres. Desde esta fecha hasta el 30 de junio de 2008 no hay ninguna otra consulta en la que se refieran molestias y dolores en los pies. Durante los años 2006 y 2007 la reclamante, aunque acudió a su centro de salud para otras cuestiones, sin manifestar queja alguna sobre su metatarsalgia.

Además, cuando la paciente acudió por dolores en los pies, fue explorada correctamente para descartar cualquier enfermedad isquémica. Así resulta

del informe de la Inspección y la historia clínica pues, para el diagnóstico de la oclusión arterial periférica es técnica básica el examen de los pulsos en las extremidades inferiores, en concreto, femoral común (debajo del ligamento inguinal a unas dos traviesas de dedo), poplíteo, pedio y tibial posterior. Exploración física que también recoge la propia reclamante en su escrito de inicio del procedimiento al afirmar que *“los pilares básicos para su diagnóstico se fundan en una anamnesis detallada seguida de una exploración física completa que incluye la palpación de los pulsos arteriales, siendo síntoma fundamental en esta patología el dolor”*. Pues bien, como señala el informe de la Inspección, en relación con los pulsos distales, *“hay que destacar que hasta febrero de 2010, la exploración de pulsos distales de miembros inferiores era normal”*. Consta en el resumen de la historia clínica del Centro de Salud Galapagar que en las asistencias sanitarias realizadas a la reclamante por dolor en el pie izquierdo los días 6 de julio de 2009, 15 de julio de 2009, 24 de julio de 2009, se exploraron los pulsos arteriales, reflejándose en la historia, *“pulsos pedios y tibiales positivos”, “pulsos periféricos conservados”, “pulsos pedios +”*. De igual modo, cuando la paciente fue atendida el día 2 de febrero de 2010 en el Hospital Puerta de Hierro de Majadahonda, consta en la historia que la exploración de los pulsos arteriales de la extremidad fue normal: *“pulsos presentes”, “doppler de arterias pedias e interdigitales normal. A los 10 minutos normaliza coloración del primer dedo. Impresión clínica: Cuadro de Raynaud unilateral”*. Finalmente, resulta concluyente en este punto el informe del Servicio de Reumatología del Hospital Puerta de Hierro que afirma que *“se actuó conforme a la práctica clínica habitual por cuanto la presencia de patología vascular arterial fue considerada en el diagnóstico diferencial del dolor en el antepié, pero dada la normalidad de los pulsos arteriales de la extremidad, los hallazgos de la exploración del aparato locomotor y en las pruebas complementarias realizadas, que justificaban la sintomatología, a lo que se añadió la respuesta favorable a los tratamientos pautados, se establecieron los diagnósticos de patología articular referidos,*

*no siendo hasta la fecha del 2 de febrero en que con la aparición tres días antes de cambios cutáneos relevantes en la exploración en ausencia de artritis activa se indicó estudio de otras causas”.*

Por tanto, no resulta probado que hubiera un retraso en el diagnóstico de la enfermedad, como declara el informe de la Inspección que, sobre esta cuestión concluye: *“por tanto, no hay datos para estimar que haya habido retraso diagnóstico. El cuadro que presenta anteriormente al año 2010 es osteoarticular, y según consta en el informe emitido por el Servicio de Reumatología del H.U. Puerta de Hierro de Majadahonda, en octubre de 2009, estaba asintomático. Es en febrero de 2010 cuando refiere cambios de coloración y frialdad en EII, cambios que no había referido en la revisión de enero de ese año”.*

La reclamante también exige responsabilidad patrimonial por la deficiente asistencia sanitaria prestada una vez alcanzado el diagnóstico, toda vez que se adoptó un tratamiento conservador y fue dada de alta el día 15 de marzo de 2010, *“a pesar de la situación de urgencia vital en que se encontraba la paciente”* en ese momento. La interesada manifiesta que estaba diagnosticada de isquemia grado IV, que, a pesar del fuerte tratamiento pautado por la unidad del dolor, a base de morfina, sufría dolores intolerables e incapacitantes, y además presentaba edema lo que dificultaba la delimitación de la necrosis y facilitaba la sobreinfección. Ante esa situación el tratamiento procedente era el quirúrgico y no el farmacológico pautado que ya había fracasado, por lo que se encontraba en una situación de *“riesgo vital”*. La Administración Sanitaria, sin embargo, ante esta grave situación decidió una actitud expectante, *“con la intención de proceder, tras un mes de sufrimiento en casa, a una amputación del miembro”*, como le fue anunciado por el Dr. M.L., que expuso que era la única alternativa posible tras el fracaso del tratamiento farmacológico, en presencia de varios testigos cuyas declaraciones aporta. Alega que no se le ofreció la posibilidad de una intervención quirúrgica como se le ofreció en

la Clínica A y que no acudió “*voluntariamente*” a la sanidad privada, “*sino obligada por las circunstancias ante la ausencia de una respuesta mínimamente satisfactoria por parte del servicio público sanitario, que acordó una actuación expectante en un caso que requería actuación inmediata*”.

Como ya hemos expuesto en otros dictámenes de este Consejo Consultivo, por ejemplo en el Dictamen 209/09, de 29 de abril, «*las sentencias de los tribunales de lo contencioso-administrativo reconocen el derecho de los pacientes a ser indemnizados en la cuantía de los gastos realizados por tener que acudir a la medicina privada, siempre y cuando, ante la pasividad o falta de diligencia de la sanidad pública, el enfermo no haya tenido más alternativa, para obtener solución a su dolencia, que acudir a la sanidad privada (vid. por todas, la Sentencia núm. 699/2007, de 31 de mayo, del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 9ª, nº de recurso: 174/2004)*. Nótese, además, que en todos los casos de los fallos judiciales que estiman la responsabilidad patrimonial de la Administración por necesidad de acudir a la medicina privada, se trata de supuestos constatados de falta de diligencia y pasividad prolongadas durante un largo periodo de tiempo, o en que se ha producido un sensible empeoramiento de la salud del enfermo, que justifican la pérdida de confianza del paciente en los médicos que le venían atendiendo en la sanidad pública, “*confianza –como razona la Sentencia del TSJ de Madrid, de la misma Sala y Sección, núm. 378/2008, de 25 de marzo; nº de recurso 184/2005– que constituye un presupuesto inescindible de la prestación sanitaria*”. Por ello, continúa diciendo la misma Sentencia “*ante la reiterada omisión de los médicos de dicho Hospital, los gastos generados por la asistencia en la sanidad privada configuran un perjuicio patrimonial cierto causado por un deficiente funcionamiento de la Administración o, dicho de otro modo, un desembolso económico que debió*

*realizar la paciente ante una inactividad de la Administración cuando la interesada tenía derecho a recibir ese servicio. Nada obsta a que el reintegro de esos gastos pueda encauzarse por distintas vías, como lo es a través de la responsabilidad patrimonial por el anormal funcionamiento de los servicios sanitarios públicos, determinando así la competencia de esta jurisdicción”».*

Resulta necesario, por tanto, para que pueda reconocerse el derecho de la reclamante a ser indemnizada en la cuantía de los gastos realizados por tener que acudir a la medicina privada, que se acredite en el procedimiento que ante la pasividad o falta de diligencia de la sanidad pública, el enfermo no haya tenido más alternativa, para obtener solución a su dolencia, que acudir a la sanidad privada.

La reclamante alega que, a pesar de encontrarse en una situación de urgencia vital, fue dada de alta del Hospital Clínico San Carlos continuando con un tratamiento farmacológico que ya había fracasado, y no procediendo a la realización de una intervención quirúrgica como la que se le realizó en la Clínica A. Para acreditar esta circunstancia se aporta la declaración de los testigos que manifiestan que el Dr. M.L. indicó como única solución posible la amputación de la pierna.

De acuerdo con el informe de la Inspección, los estadios II.b, III y IV de la isquemia son candidatos a la revascularización, siempre que la arteriopatía y el estado general lo permitan. De la historia clínica se extrae que el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Clínico valoró la intervención quirúrgica. Así resulta de la hoja de medicación prescrita para el día 5 de marzo de 2010, en la que se hizo constar “*pido preoperatorio completo*” y en las anotaciones realizadas en la “*hoja de prescripción*”. Se valoró la solicitud de arteriografía, pero el día 8 de marzo en sesión clínica, según se anota en la historia, “*se decide no DSA (angio DSA) y eventual tratamiento quirúrgico. Pauto Tramadol*”.



El informe del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular señala sobre esta cuestión que *“valorada en sesión clínica, se decide mantener tratamiento médico debido a que el tratamiento quirúrgico de las lesiones de la femoral superficial podría no ser útil y además, en caso de complicaciones, empeorar la situación vascular de EII. Se llega a esta conclusión en base a la exploración en la que sólo se observa isquemia de antepié y al estudio hemodinámico que sugiere principalmente enfermedad severa distal. Es decir, que la lesión en la femoral no es la causante del cuadro. No obstante, si la evolución no fuera favorable, según se detalla en el evolutivo del día 8-3-2010, se realizaría arteriografía y eventual tratamiento quirúrgico. En ningún caso se habla de amputación de la EII. No obstante, el riesgo de amputación siempre existe cuando se produce un cuadro clínico como el de la paciente, siendo obligatorio informar del pronóstico potencial. Probablemente, una información mal entendida causara en la paciente la idea de que la única opción de tratamiento que se le podía ofrecer era la amputación”*. El citado informe concluye que *“si bien es cierto que la paciente presentaba lesiones en la arteria femoral superficial, teniendo en cuenta la exploración clínica y los estudios funcionales, cabía pensar que dichas lesiones no eran las causantes principales del cuadro clínico. Además, se desestimó por tanto de entrada el tratamiento de dichas lesiones ya que podría agravarse aún más el cuadro clínico si existieran complicaciones derivadas del tratamiento”*.

Actuación que resulta corroborada, no sólo por la historia clínica en la que consta cómo el día 12 de marzo se anotó por el médico: *“el lunes alta con Bosentan, algo mejor el aspecto del pie”*, como por la declaración de la hermana de la reclamante que afirma que *“antes de salir del hospital vino a la habitación el Dr. M.C. quien manifestó que no todo estaba perdido y que se le iba a dar un medicamento durante ese mes, que servía para dilatar las arterias y permitir mayor flujo sanguíneo”*. Medicación ésta que, pese a lo afirmado por la hermana de la reclamante: *“cuando dijo el*



*nombre del medicamento, mi hermana lo sacó de la mesilla de noche con gran sorpresa del Doctor M.C., que ignoraba que ya lo estuviese tomando*”, no había sido pautaada previamente a la reclamante, como queda acreditado en el expediente. Así resulta de las hojas de medicación prescritas durante su estancia en el hospital, los días 5 a 14 de marzo de 2010. En ninguna de ellas aparece pautaado el Bosentan, que sí figura, en cambio, en el informe de alta del día 15 de marzo de 2010.

Por tanto, no puede hablarse de fracaso farmacológico cuando el tratamiento pautaado al alta fue diferente del mantenido durante su ingreso en el hospital, no se limitaba a ser *“una medicación paliativa de los dolores”* y se inició el día 15 de marzo de 2010.

Los facultativos que atendieron a la paciente no tuvieron oportunidad de valorar los resultados del tratamiento farmacológico pautaado, porque la paciente decidió trasladarse a otra institución. Tampoco acudió cuando, según resulta del informe de la Clínica A, el dedo del pie comenzó a gangrenarse.

Además, tampoco los resultados de la intervención realizada en la Clínica A fueron plenamente satisfactorios, como se pone de manifiesto en el informe de alta que, además del síndrome isquémico grave de extremidad inferior izquierda tratado con angioplastia, indica pseudoaneurisma en la región inguinal derecha y dolor isquémico + postoperatorio mal controlado. El día 28 de septiembre de 2010, seis meses después del tratamiento, dolor y cianosis en antepié.

Dolores y molestias de las que se la ha atendido en su centro de atención primaria de Galapagar por oclusión arterial los días 17 de junio, el 16 de agosto y 15 de diciembre de 2010, anotándose: *“ha seguido revisiones, el pie se enfría, dolores, la ven de nuevo en sep.; en última revisión lesiones osteolíticas en cabe de 1 MTTS y en base de falange proximal con interlinea conservada”*. *“Sigue con dolor en metas al apoyar, se ha hecho*

*3 tipos de plantillas sin resultado, indico ir a clínica de podología de la universidad”.*

En consecuencia, resulta improcedente la indemnización solicitada porque la atención sanitaria prestada por los servicios públicos sanitarios fue correcta, sin que haya habido retraso en el diagnóstico ni defectuoso tratamiento de la enfermedad diagnosticada. Fue la reclamante la que, voluntariamente, abandonó el sistema público y acudió a la medicina privada.

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

### CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no concurrir los requisitos necesarios para su reconocimiento.

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, 10 de noviembre de 2011