

Dictamen nº: **666/12**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **19.12.12**

DICTAMEN de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 19 de diciembre de 2012, 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 R.G.C., sobre solicitud de indemnización económica, por haber sufrido una parada cardíaca al prescribirle medicación incompatible con su tratamiento habitual en el Centro de Especialidades Avenida de Portugal.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El día 21 de noviembre de 2012 tuvo entrada en el registro del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid solicitud de dictamen firmada por el consejero de Sanidad el día 12 de noviembre de 2012, referida al expediente de responsabilidad patrimonial aludido en el encabezamiento.

A dicho expediente se le asignó el número 609/12, 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. Don Jesús Galera Sanz, firmó la oportuna propuesta de dictamen, la cual fue deliberada y aprobada por la Comisión Permanente del Consejo Consultivo, en sesión celebrada el día 19 de diciembre de 2012.

SEGUNDO.- El expediente de responsabilidad patrimonial remitido tiene su origen en la reclamación formulada por R.G.C. el 30 de septiembre de 2011 (folios 1 a 32 del expediente).

Según la reclamante, un cardiólogo del Centro de Especialidades Avenida de Portugal, le recetó unas pastillas que resultaron ser incompatibles con la medicación habitual que tomaba. Relata que como consecuencia del tratamiento pautado sufrió una parada cardiaca en la calle donde fue atendida por el personal sanitario del SAMUR, al que agradece que le salvara la vida. Según la reclamante permaneció varios días en la UVI.

R.G.C. señala que tras el incidente sufrió un episodio de alergia que le ocasionó que tuviera “*el cuerpo en carne viva*”, y además aduce que cada vez se encuentra peor pues le fallan las piernas y “*todo en general*” por lo que tiene que ir con muletas. Además la reclamante manifiesta su temor a “*entrar en depresión*”.

En virtud de todo lo expuesto la interesada solicita una indemnización por importe de 300.000 euros.

La reclamante acompaña su escrito de diversa documentación médica del Hospital Clínico San Carlos, del Hospital Universitario La Paz y del Centro de Salud Lucero, así como de la asistencia del SAMUR del día 30 de mayo de 2011.

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

Se ha incorporado al expediente la historia clínica de la paciente remitida por el Hospital Universitario La Paz, el Hospital Clínico San Carlos y el Centro de Salud Lucero (folios 35 a 166 del expediente).

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 10 del RPRP, se ha recabado el informe preceptivo del servicio médico afectado, así se ha incorporado al expediente el informe de 25 de octubre de 2011 del médico especialista del Servicio de Cardiología del Centro de Especialidades Avenida de Portugal implicado en el proceso asistencial de la reclamante (folios 93 a 97 del expediente). Igualmente se ha incorporado al expediente el informe emitido por la Inspección Sanitaria el día 17 de mayo de 2012 (folios 168 a 175 del expediente), así como un dictamen pericial de valoración de daños corporales emitido a instancias de la compañía aseguradora del Servicio Madrileño de Salud, en el que se valora el daño sufrido por la reclamante en 948,47 euros, en atención a los días de ingreso hospitalario e incapacidad temporal no impeditiva (folio 176 del expediente).

Se ha incorporado al expediente el escrito de 5 de septiembre de 2012 de la compañía aseguradora del Servicio Madrileño de Salud, por el que se comunica el rechazo por la reclamante de la cantidad ofrecida por dicha compañía para la indemnización del daño por importe de 948,47 euros, según valoración efectuada por la doctora T.F.F.

Tal y como establecen los artículos 84 de la LRJ-PAC y 11 del RRP, se ha evacuado el oportuno trámite de audiencia a la reclamante mediante escrito notificado el día 13 de septiembre de 2012. Consta que la interesada formuló alegaciones el día 27 de septiembre de 2012, manifestando, en síntesis, su discrepancia con la valoración del daño efectuada por la compañía aseguradora del Servicio Madrileño de Salud. Además la reclamante acompaña a su escrito nueva documentación médica.

Finalmente, por la viceconsejera de Asistencia Sanitaria –por delegación en la secretaría general del Servicio Madrileño de Salud, según Resolución 26/2010, de 28 de julio– se dicta propuesta de resolución en fecha 18 de octubre de 2012, en la que se estima parcialmente la reclamación indemnizatoria presentada y se reconoce una indemnización por todos los conceptos de 948,47 euros, resultado de considerar que la parada cardíaca sufrida por la interesada fue revertida por el personal del SAMUR en menos de cuatro minutos y no le dejó secuela alguna, por lo que entiende indemnizables solamente los 12 días que la paciente permaneció hospitalizada y otros 6 días no impeditivos en los que la reclamante permaneció con los síntomas derivados de la prescripción del medicamento ivabradina.

CUARTO.-Del examen de la historia clínica de la 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:

El 22 de mayo de 2011 R.G.C., de 49 años de edad en el momento de los hechos, con antecedentes personales de infección por VIH diagnosticado hace 20 años en tratamiento antirretroviral, infección VHC+, enfermedad de Darier desde la infancia, fibromialgia en tratamiento y asma en tratamiento con betabloqueantes, (folio 105) acude al Servicio de Urgencias del Hospital Clínico San Carlos por dolor

centrоторácico no irradiado, que empeora con la inspiración. Se realiza a la paciente exploración física y pruebas complementarias (Rx de tórax, gasometría, analíticas y ECG). Se emite el juicio diagnóstico de infección respiratoria y se pauta tratamiento con Augmentine, manteniendo el resto de su medicación habitual y control por su médico de cabecera y especialistas habituales.

El 23 de mayo de 2011 la reclamante acude al Centro de Salud Lucero. Se anota que la paciente según iba caminando a dicho Centro de Salud ha experimentado un nuevo episodio de dolor centrоторácico no irradiado, que cede con el reposo. Presenta una auscultación cardíaca rítmica y sin soplos y dolor a digitopresión de uniones costocondrales que reproducen el dolor que se presentó al ir al Centro de Salud y que también motivó su visita al Servicio de Urgencias del Hospital Clínico San Carlos. Se escribe que, aunque impresiona de costocondritis, las alteraciones que muestra el ECG realizada y los antecedentes de la paciente hacen que la dirija a Cardiología para valoración (página 81).

La interesada acude a consulta de Cardiología con el Dr. M. en el Centro de Especialidades Avenida de Portugal el día 24 de mayo de 2011. Se realiza la oportuna anamnesis en la que se constata que la paciente padecía infección por VIH con carga viral indetectable en tratamiento con antirretroviral. Se anota el resultado de las pruebas realizadas el 22 de mayo de 2011 y se emite el juicio clínico de "*dolor torácico causa oscura*". Se pauta la realización de ecocardiograma para descartar miocardiopatía hipertrófica o displasia de VD y tomografía computarizada de coronarias para descartar arteriosclerosis coronaria. Para realizar el TC coronario, se prescribe ivabradina que es un inhibidor del nódulo sinusal

El 30 de mayo de 2011 la paciente sufre un síncope en la calle del que es atendida por el SAMUR que la encuentra en parada cardiorrespiratoria identificándose fibrilación ventricular. R.G.C. sale de la parada con un

choque eléctrico con DESA. Según el SAMUR se estiman escasos minutos desde que avisan hasta que recupera latido.

El 30 de mayo de 2011 la reclamante ingresa en la Unidad de Críticos II del Servicio de Cardiología del Hospital Clínico San Carlos. Presenta hipopotasemia e hipomagnesemia recibiendo reposición de K y Mg vía intravenosa, así como supresión de la medicación cronotropa negativa y antirretrovirales (ivabradina e inhibidores de proteasa) “*presumibles responsables del cuadro*”.

Durante el ingreso la paciente fue sometida a respiración artificial durante 48 horas, que se retiró con estridor residual por obstrucción de vía aérea alta secundaria a la intubación. Presentó mínima elevación de troponina (0,25) y tendencia a la normalización de la prolongación anormal del QT. Se objetivaron rachas de F.A paroxística en las primeras 24 horas que cedieron espontáneamente. No presentó otras arritmias.

El día 3 junio de 2011 la reclamante fue dada de alta en la Unidad de Críticos, e ingresó en planta de Cardiología para estudio de QT largo.

El 7 de junio de 2011 se realiza a la interesada cateterismo de coronarias en el que no se aprecian lesiones significativas. En la ventriculografía los resultados son: aorta no dilatada, plano valvular sin alteraciones, ventrículo izdo. no dilatado, con movilidad normal. Función ventricular normal, FE 60%. Sin insuficiencia mitral, sin gradiente transaórtico.

En el Servicio de Cardiología en la evolución se anota que la paciente presentaba un QT de 570 mseg antes de comenzar tratamiento con ivabradina. Ingresó en la Unidad de Críticos con un QT de 640 m seg tras una parada cardiorespiratoria por fibrilación ventricular seis días después de iniciar tratamiento con ivabradina. Después de cuatro días de supresión de tratamiento antirretroviral y de cronotropo negativo se objetiva QT de

524 m seg, que se eleva a 540 m seg. tras 5 días de reintroducción de su tratamiento antirretroviral.

Tras comentar el caso con la Unidad de Enfermedades Infecciosas se decidió mantener tratamiento antirretroviral con lopinavir+ritonavir y adelantar la cita de control en Cardiología previa realización de ECG. Se recomienda evitar fármacos de metabolización por citocromo P450.

La reclamante es dada el alta el 10 de junio de 2011 con los diagnósticos principales de: parada cardiorrespiratoria recuperada por fibrilación ventricular que precisó ingreso en UVI con intubación orotraqueal; síndrome de QT largo probablemente adquirido; dolor torácico sin enfermedad coronaria y FEVI conservada (fractura de dos arcos costales en maniobras de reanimación); hipopotasemia e hipomagnesemia; infección respiratoria y traqueobronquitis. Como diagnósticos secundarios se anotan: V.I.H., V.H.C. y enfermedad de Darier. En cuanto al tratamiento se suspende ivabradina y Adiro y se mantiene el resto de tratamiento que venía realizando.

El 17 de junio de 2011 la reclamante es vista en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario La Paz por fiebre y aparición hace siete días de placas erosivas y pápulas costrosas con secreción purulenta en cuello, axilas, escote, hipogastro e ingles. Se realiza interconsulta al Servicio de Dermatología que pauta cura de las lesiones y tratamiento antibiótico con cloxacilina. Se emite el juicio diagnóstico de brote de enfermedad de Darier con sobreinfección cutánea. Dada la estabilidad hemodinámica y la mejoría de las lesiones se decide el alta hospitalaria el 20 de junio de 2011 y seguimiento por su dermatólogo de zona.

Consta en la documentación que obra en el expediente que la reclamante ha acudido a consultas en el Servicio de Cardiología del Hospital Clínico San Carlos para valoración de QT largo congénito. Se anota que desde el

alta tras sufrir parada cardiorrespiratoria no ha vuelto a presentar síncopes ni presíncope. La última consulta que obra en el expediente es del 5 de julio de 2012 en la que se anota que la reclamante se mantiene sin síntomas y sin eventos de taquiarritmias y que continúa en seguimiento por taquicardia ventricular polimórfica secundaria a antirretrovirales e ivabradina. Se pauta continuar el seguimiento por dicho servicio sin indicación de implantación de marcapasos por el momento y revisión en seis meses con holter.

A los hechos anteriores, les son de aplicación las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

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

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

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

La competencia para resolver los procedimientos sobre responsabilidad patrimonial corresponde al consejero de Sanidad, en virtud de lo establecido en el artículo 55.2 de la Ley 1/1983, de 13 de diciembre, de Gobierno y Administración de la Comunidad de Madrid. La tramitación corresponde al viceconsejero de Asistencia Sanitaria, en virtud del artículo 23.2.i) del Decreto 24/2008, de 3 de abril.

SEGUNDA.- La condición de interesada *ex* artículo 31 de la LRJ-PAC concurre evidentemente en la reclamante, quien ejerce la pretensión indemnizatoria en su propio nombre y derecho, en cuanto paciente que recibió la asistencia sanitaria reprochada.

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 de la acción, 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 presente caso, la supuesta deficiente asistencia sanitaria tuvo lugar el día 24 de mayo de 2011, cuando se prescribió a la reclamante un tratamiento con un inhibidor del nódulo sinusal (ivabradina) al que imputa la parada cardiorrespiratoria que sufrió el 30 de mayo siguiente por la que

permaneció hospitalizada en el Hospital Clínico San Carlos hasta el día 10 de junio de 2011, de manera que la reclamación presentada el 30 de septiembre de 2011 debe entenderse formulada en plazo legal.

En la tramitación del procedimiento, se han seguido los trámites legales y reglamentarios. Dicho procedimiento para la tramitación de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 35 del Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid, aprobado por Ley Orgánica 3/1983, de 25 de febrero, y artículo 55 de la Ley 1/1983, de 13 de diciembre, de Gobierno y Administración de la Comunidad de Madrid, se encuentra regulado en el título X de la LRJ-PAC (artículos 139 y siguientes), desarrollado en el citado RPRP.

A este procedimiento se encuentran sujetas, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJ-PAC (en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero) y la disposición adicional primera del RPRP, 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.

Como se dijo *supra*, se ha recabado y evacuado informe de los servicios médicos afectados, cuya preceptividad resulta del artículo 10.1 del RPRP. Igualmente se ha recabado y evacuado el informe de la Inspección sanitaria.

Asimismo, se ha dado trámite de audiencia a la interesada, 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 solo 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 solo por la producción de un resultado dañoso, debiendo este reunir además la condición de antijurídico.

CUARTA.- En el presente caso, la reclamante reprocha a la Administración Sanitaria una deficiente asistencia, pues sostiene que el cardiólogo que la atendió en el Centro de Especialidades Avenida de Portugal le prescribió un medicamento que era incompatible con su medicación habitual, lo que provocó que la interesada sufriera una parada cardiorrespiratoria, por la que tuvo que permanecer varios días ingresada en la UVI, así como unas lesiones cutáneas y otras deficiencias en su estado de salud que la reclamante vincula a la prescripción del mencionado tratamiento.

Respecto a la atención en el Centro de Especialidades Avenida de Portugal, resulta claramente de la documentación que obra en el expediente que el médico cardiólogo que atendió a la reclamante el 24 de mayo de 2011 prescribió a R.G.C. un tratamiento con ivabradina que es inhibidor del nódulo sinusal para la realización de un TC coronario. También consta que el citado especialista realizó la oportuna anamnesis en la que pudo

constatar que la paciente padecía infección por VIH con carga viral indetectable en tratamiento con antirretroviral. Según los datos que figuran en la historia clínica a los seis días de estar en tratamiento con antirretrovirales + ivabradina (30 de mayo de 2011) la reclamante presentó súbitamente un episodio de fibrilación ventricular que precisó desfibrilación e ingreso hospitalario en estado de coma en la Unidad de Críticos del Servicio de Cardiología del Hospital Clínico San Carlos, donde permaneció hasta el día 10 de junio 2011, cuando fue dada de alta. Tras el ingreso se realiza a la reclamante un ECG en el que se constató un segmento QT de 640 m seg, mientras que en ECG realizado el 22 de mayo de 2011, anterior a la administración de ivabradina era de 570 m seg. En el Hospital Clínico San Carlos se suprime la medicación cronotropa negativa y antirretrovirales obteniéndose a los 4 días de la supresión un QT de 524 m seg., inferior al inicial del día 22 de mayo de 2011, y que se elevó a 540 m seg. tras 5 días de reintroducción de su tratamiento antiviral.

En relación con la asistencia prestada en el citado Centro de Especialidades, la Inspección Sanitaria considera que “*hubo negligencia en el estudio y tratamiento al que fue sometida R.G.C. en la consulta de Cardiología del C.E. Paseo de Extremadura por parte de Dr. M.A*”. En este sentido la Inspección Sanitaria señala que en este caso nos encontramos con una paciente con infección por VIH y VHC de muchos años de evolución y en tratamiento con inhibidores de la proteasa (Kaletra) a dosis muy altas. Según la Inspección Sanitaria “*estos fármacos pueden producir hipopotasemia e hipomagnesemia que son a su vez frecuente causa del síndrome de QT prolongado*”. Por lo que se refiere a la ivabradina que se le prescribió a la reclamante para realizar un TC coronario, la Inspección destaca que “*es un fármaco que produce una disminución de la frecuencia cardíaca, motivo por el que se le administró para inducir una bradicardia de 65 l/m como máximo que permitiera realizar la coronariografía prevista*”. Ahora bien, según la Inspección

Sanitaria la disminución de la frecuencia cardíaca producida por diversos medicamentos, en este caso por la ivabradina, puede aumentar mucho el segmento QT y “*no deben administrarse concomitantemente en paciente que ya la tenía aumentada como en R.G.C.*” o bien en caso de ser necesaria su administración conjunta “*es preciso realizar una monitorización cardiaca cuidadosa, cosa que en este caso no se realizó*”.

Como conclusión, para la Inspección Sanitaria resulta evidente que la fibrilación ventricular que sufrió R.G.C. “*tuvo su origen en la interacción de dos fármacos (ivabradina e inhibidores de la proteasa) cuya administración conjunta es desaconsejable por aumentar la prolongación de QTc y poder precipitar una FV*”. Para la Inspección Sanitaria el especialista que atendió a la reclamante disponía de datos suficientes de que existía en la paciente un intervalo QT prolongado, desde el ECG realizado el 22 de mayo de 2011 y sin embargo no realizó “*estudio alguno que permitiera averiguar su causa y tratarla, como las determinaciones de calcio, potasio y magnesio en sangre, muy frecuentemente disminuidas en los tratamientos con antirretrovirales, como en este caso, y que pudieran ser corregidas antes de realizar el cateterismo, con posible normalización de QTc y minimización del riesgo de administración de la ivabradina*”.

De acuerdo con la jurisprudencia “*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”, establecido por las sentencias del Tribunal Supremo de 25 de abril de 2007 (recurso de casación 273/03) y de 2 de noviembre de 2007 (recurso de casación 9309/03) en el ámbito de la responsabilidad de los servicios sanitarios de las administraciones públicas,

en las que se atribuye a la Administración, acreditado el daño por la reclamante, el deber de dar una explicación razonable de lo sucedido. 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*”.

En este caso el informe del médico especialista implicado en el proceso asistencial de la reclamante no ofrece ninguna explicación razonable sobre su actuación relativa a la prescripción de un medicamento que combinado con el tratamiento habitual es susceptible de producir el resultado dañoso que se ocasionó a la reclamante. En el citado informe imputa la arritmia ventricular al profundo desequilibrio hidroeléctrico que con marcada hipopotasemia e hipomagnesemia padecía la reclamante causada por su medicación antirretroviral sin influencia de la ivabradina prescrita, pues en su opinión “*el metabolismo y efecto terapéutico de la ivabradina fue más que adecuado, sin indicios de toxicidad*”, lo que resulta contradicho por la historia clínica y el informe de la Inspección Sanitaria, cuando en vista de la documentación clínica que obra en el expediente, señala que la causa de la parada cardiorrespiratoria “*no fue una posible bradicardia extrema por sobredosificación de ivabradina o por anomalías en su metabolización o eliminación fisiológica (que efectivamente no había datos electrocardiográficos ni clínicos, para suponerla) sino de FV precipitada por el alargamiento extremo de QT que produjo la asociación de ivabradina y Kaletra, en un paciente con Qt ya patológico por los inhibidores de la proteasa y la hipopotasemia y la hipomagnesemia que estos producen*”. Por lo dicho debemos concluir que nos hallamos en presencia de una infracción de la *lex artis* que causó a la reclamante un

daño antijurídico que esta no tiene obligación de soportar, haciendo surgir la responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria.

QUINTA.-Sentado lo anterior, procede por exigencias de lo dispuesto en el artículo 12 del RPRP, pronunciarse sobre la concreta valoración de los daños solicitados, lo que debe hacerse, por expresa indicación del artículo 141.3 LRJ-PAC, con referencia al día en que la lesión efectivamente se produjo.

La reclamante en su escrito inicial sitúa en 300.000 euros el importe de la indemnización pretendida por todos los conceptos, pero no aporta datos que permitan determinar qué criterios valorativos ha utilizado para llegar a esa cantidad. De los términos de su reclamación pueden inferirse algunos conceptos lesivos diferenciados por los que la interesada reclama, como son la parada cardiorrespiratoria, el ingreso hospitalario, la necesidad de utilizar muletas para desplazarse o deficiencias en el habla, lesiones cutáneas, así como la posibilidad de “*entrar en depresión*”.

De los conceptos reclamados por la interesada debe descartarse la indemnización de los daños relativos a la necesidad de utilizar muletas o las deficiencias en el habla pues no consta en la historia clínica examinada ninguna referencia a dichas patologías, ni la interesada ha aportado documento alguno acreditativo de dichos conceptos, por lo que no podemos tomarlos en consideración, ya que la carga de la prueba de los presupuestos que hacen nacer la responsabilidad indemnizatoria, salvo los supuestos de fuerza mayor o culpa de la víctima, que corresponde probar a la Administración, recae en quien la reclama. Tampoco resulta indemnizable la posibilidad de “*entrar en depresión*” que alega la interesada, pues nos encontraríamos ante un daño hipotético y por tanto no indemnizable al exigir el artículo 139 de la LRJ-PAC la existencia de un daño efectivo para que se genere la responsabilidad patrimonial de la Administración. En

este punto puede traerse a colación la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de febrero de 2012, que señala lo siguiente:

“(...) la existencia de un daño real y efectivo, no traducible en meras especulaciones o expectativas, constituye el núcleo esencial de la responsabilidad patrimonial traducible en una indemnización económica individualizada, de tal manera que resulte lesionado el ámbito patrimonial del interesado que es quién a su vez ha de soportar la carga de la prueba de la realidad del daño efectivamente causado”.

Entendemos que tampoco resulta indemnizables las lesiones cutáneas alegadas por la interesada pues resulta claramente de la historia clínica, que dichas lesiones constituyen un brote de la enfermedad de Darier que padece la reclamante desde la infancia y en palabras de la Inspección Sanitaria no guardan “relación alguna con su patología cardíaca ni con la medicación administrada, sino que fue una mera coincidencia temporal”.

La valoración de la compañía aseguradora sitúa en 948,47 euros el importe de la indemnización, teniendo en cuenta 11 días de hospitalización, a razón de 69,61 euros, y otros 6 días en los que la reclamante permaneció con los síntomas de la ivabradina no impeditivos, por importe de 30,46 euros cada uno. Dicha valoración descarta cualquier otra indemnización pues razona que la parada cardiorrespiratoria revirtió sin secuelas. La propuesta de resolución comparte este criterio valorativo y en consecuencia estima parcialmente la reclamación en la mencionada cantidad de 948,47 euros aplicando el baremo establecido en el Texto Refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, según la actualización efectuada por la Resolución de 24 de enero de 2012 de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

Cuando se trata de cuantificar daños de carácter físico en las personas y los de índole moral asociados a éstos, es práctica habitual, el empleo orientativo de los criterios de baremación citados por la propuesta de resolución, si bien como hemos tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes de este Consejo, así en nuestro Dictamen 133/12, de 7 de marzo, la aplicación del baremo citado tiene un valor referencial u orientativo, según se desprende de consolidada jurisprudencia, con la finalidad de objetivar el daño, siempre y cuando los criterios de cuantificación se adapten a las peculiaridades de cada caso. En este sentido se pronuncia la Sentencia de la Audiencia Nacional de 18 de julio de 2012 cuando dispone que “*en todo caso, cabe convenir que la utilización de algún baremo objetivo puede ser admisible, pero siempre y cuando se utilice con carácter orientativo y no vinculante, ya que debe precisarse y modularse al caso concreto en el que surge la responsabilidad patrimonial, sin perjuicio, claro está, de la incidencia que debe tener la existencia de precedentes jurisprudenciales aplicables al caso que nos ocupe*”.

En el caso que venimos analizando, la indemnización exclusivamente de los días de hospitalización como propone la Administración, a juicio de este Consejo no satisface el principio de reparación integral recogido en el artículo 141 de la LRJ-PAC como finalidad última del instituto de responsabilidad patrimonial, pues la reclamante es evidente que sufrió un daño físico por la parada cardíaca y también moral dado el riesgo grave que corrió su vida, y actualmente según la documentación examinada, si bien la paciente no ha vuelto a presentar, según los últimos informes, síncopes o presíncope ni taquiarritmias, continua en seguimiento por el Servicio de Cardiología del Hospital Clínico San Carlos por una taquicardia ventricular polimórfica que se estima secundaria a la administración de ivabradina con antirretrovirales. Así, ponderando todas las circunstancias concurrentes, se estima adecuada una indemnización de 3.000 euros, en resarcimiento de los daños físicos y morales sufridos por la reclamante.

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

CONCLUSIÓN

Procede estimar parcialmente la reclamación de responsabilidad patrimonial reconociendo a la reclamante una indemnización de 3.000 euros al haber existido vulneración de la *lex artis* en la asistencia dispensada en el Centro de Salud Avenida de Portugal.

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, 19 de diciembre de 2012