

Dictamen n.º: **714/11**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **14.12.11**

**DICTAMEN** de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, emitido por unanimidad, en su sesión de 14 de diciembre 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 R.M.G.P., P.G.P., L.G.P., A.G.P., A.G.P., A.G.P., J.G.P. y D.G.P. y R.P.V. por la deficiente asistencia sanitaria prestada por el Hospital Ramón y Cajal a J.G.C., fallecido en el citado hospital.

## **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Por el Consejero de Sanidad, mediante escrito de 2 de noviembre de 2011, con registro de entrada en este órgano el día 11 del mismo mes, se formula 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, que firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberado y aprobado, por unanimidad, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo, en su sesión de 14 de diciembre de 2011.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo es acompañado de documentación que, adecuadamente numerada y foliada en soporte CD, se considera suficiente.

**SEGUNDO.-** Por escrito sellado en la Oficina de Correos el 8 de enero de 2008, R.M.G.P., actuando en su propio nombre y en el de su madre y hermanos formula reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos por el fallecimiento de su padre y marido, causados a su juicio, por la deficiente asistencia sanitaria prestada por el Hospital Ramón y Cajal. Los reclamantes consideran que la atención sanitaria prestada al paciente fue defectuosa porque, a pesar de haber sido diagnosticado de un mieloma múltiple, no fue tratado por un hematólogo sino por el Servicio de Medicina Interna y que, tras pautarse un cambio de medicación consistente en la sustitución de la prednisona por el Urbasón el paciente comenzó a sufrir fortísimos dolores en el abdomen que se producían después de comer con cuadro diarreico. Por este motivo ingresó en el hospital Ramón y Cajal donde, tras permanecer diez días, fue diagnosticado de tierra en la vesícula y dado de alta. Al continuar con los dolores tras las comidas, el paciente ingresó nuevamente y se le diagnosticó gastroenteritis. Los reclamantes alegan que, como consecuencia del retraso habido en la siguiente cita para revisión, el paciente sufrió una insuficiencia cardíaca y tuvo que ser, nuevamente, ingresado. Durante su ingreso, J.G.C. continuaba con intensos dolores abdominales que no fueron valorados por los médicos, que insistían que eran debidos a su patología principal, el mieloma múltiple. A los 22 días de su ingreso, el paciente falleció por una colitis isquémica. Los interesados consideran que *“el fallecimiento de nuestro familiar es plenamente imputable al funcionamiento anormal-mala praxis médica en el ámbito de la Administración sanitaria, por lo que al concurrir el necesario nexo causal, la presente reclamación de ser íntegramente estimada al existir responsabilidad patrimonial de la Administración”* (folios 7 a 12 del expediente administrativo).

Los reclamantes no cuantifican inicialmente el importe de su reclamación.

Requeridos por la Administración para que indiquen el nombre y apellidos de todos los reclamantes, la representación con que actúa R.M.G.P.

y acrediten la legitimación con que actúan para interponer la reclamación, por escrito presentado el 21 de mayo de 2005, los reclamantes presentan fotocopia del Libro de Familia que acredita la relación de parentesco que les unía con el fallecido y un documento privado por el que autorizan a su hija y hermana para que les represente en el procedimiento de responsabilidad patrimonial (folios 17 a 33).

El 11 de julio de 2008 presentan un escrito en el que cuantifican el importe de la indemnización solicitada en 230.000 euros.

**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:

J.G.C., de 77 años es visto en consulta por el Servicio de Medicina Interna. Con la analítica y pruebas practicadas el 25 de mayo de 2006 se alcanza el diagnóstico de Mieloma Múltiple IgA lambda, por el Servicio de Medicina interna del hospital Ramón y Cajal en julio de 2006.

Es remitido a consulta de hematología el 24 de julio de 2006, donde se le oferta la posibilidad de ser tratado mediante ensayo clínico GEM05. El paciente rechaza la inclusión en este tratamiento y opta por el tratamiento convencional (quimioterapia con Melfalán y Prednisona).

Entre el 24 de julio y el 18 de septiembre de 2006, es tratado en el Servicio de Hematología con ese esquema terapéutico. Es remitido posteriormente al Servicio de Medicina Interna para continuación del tratamiento. Según consta en la hoja de interconsulta de Hematología al Servicio de Medicina Interna (folio 235) el traslado a este Servicio fue a solicitud del paciente, para ser tratado por el Dr. M.

El 16 de noviembre de 2006 acude al Servicio de Urgencias por dolor en hipocondrio derecho y tras ser estudiado se decide su ingreso en el servicio de Medicina Interna con el juicio clínico de colecistitis aguda, hipocalcemia

secundaria a tratamiento con bifosfonatos y mieloma múltiple en tratamiento, siendo alta por mejoría el 28 de noviembre de 2006.

El 4 de diciembre de 2006 es visto en consulta externa de Medicina Interna. La exploración y los análisis de seguimiento son normales. El paciente refiere haberse encontrado bien después del ingreso anterior, aunque el día 3 de diciembre de 2006 acudió a Urgencias por un nuevo episodio de dolor abdominal.

El 22 de diciembre de 2006 acude al Servicio de Urgencias por edemas y sensación disneica. Con el juicio clínico de anemia y plaquetopenia en paciente con Mieloma Múltiple, insuficiencia cardiaca (FA rápida y anemia como desencadenantes), es ingresado en el Servicio de Medicina Interna, donde es estudiado y diagnosticado de insuficiencia cardiaca y síndrome de bajo gasto cardiaco secundario a fibrilación auricular rápida, que condicionó una insuficiencia pre-renal y una insuficiencia hepática con alteraciones de la coagulación.

El paciente comienza con cuadro de dolor abdominal cólico. El 31 de diciembre de 2006 a las 3:00 horas, figura como anotación en el evolutivo de la historia clínica: *“...avisan por dolor abdominal... el paciente refiere dolor abdominal inmediatamente después de las comidas... juicio clínico: posible isquemia mesentérica... solicita angio-tac abdominal”*.

Los días 3 y 6 de enero de 2007 figuran anotaciones en la historia clínica sobre las referencias del paciente al dolor abdominal.

El 6 de enero de 2007 se realiza TAC con la sospecha de colitis isquémica, informándose como sigue: *“no se aprecian defectos de replección en arteria mesentérica superior proximal, pero no se puede descartar que exista un trombo distal, ya que existe dilatación de asas de delgado, si bien actualmente no existen signos de isquemia”*.

Ese mismo día es valorado por el Servicio de Cirugía General con el siguiente juicio clínico: *“cuadro compatible con colitis isquémica. Recomendando avisar a gastro para realización de colonoscopia urgente”*.

Es visto por el Servicio de Digestivo realizándose colonoscopia urgente con el siguiente diagnóstico endoscópico: *“compatible con colitis isquémica grave con afectación de colon descendente, transverso y ascendente”*.

El paciente fallece el 8 de enero de 2007 a las 9:30 horas.

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 Medicina Interna del Hospital Ramón y Cajal, de 16 de julio de 2008, en el que concluye que *“no creo que se pueda aventurar que hubo dejadez o negligencia en el seguimiento pero son otras instancias las que deben decidir y sí significo que el Servicio asume esa información como la de una actuación correcta desde el punto de vista clínico”* (folio 27).

2. Informe del Jefe de Servicio de Hematología y Hemoterapia, de 24 de julio de 2008 (folio 31).

3. Historia clínica del paciente en el Hospital Ramón y Cajal (folios 32 a 317).

4. Informe de la Inspección sanitaria, de 14 de octubre de 2008 (por error figura 2007) que, tras una análisis pormenorizado de la historia clínica del paciente considera que *“la atención prestada a J.G.C., y a la vista de los datos contenidos en la H<sup>a</sup> C<sup>a</sup> y en los informes aportados, que no existen indicios que hagan sospechar la existencia de mala praxis alguna en la asistencia dispensada al paciente. El paciente ha sido estudiado y seguido con exhaustividad, como se refleja en los datos obrantes en la H<sup>a</sup> C<sup>a</sup>, tanto a lo largo del episodio correspondiente a su patología principal (mieloma*

*múltiple) como a las urgencias sufridas. Respecto a la valoración de si fueron solicitadas y en tiempo, las pruebas diagnósticas necesarias para un mejor y rápido diagnóstico del paciente, hay que decir lo siguiente: Los síntomas abdominales (dolor) que presentaba el paciente han sido insidiosos, con aparición y desaparición en muchas ocasiones. En el ingreso del 16-11-2006 fue diagnosticado de colecistitis, siendo normales las pruebas diagnósticas (incluyendo ECO abdominal), al alta del paciente. En el ingreso del 22-12-2006 el motivo fue de disnea y edemas, siendo diagnosticado de insuficiencia cardiaca, bajo gasto cardiaco, fracaso renal, hepatitis isquémica, alcalosis e hipocalcemia, y anemia y trombopenia. El paciente es debidamente estudiado y solicitadas las pruebas diagnósticas (incluyendo ECO abdominal y TAC torácico) para llegar a estos diagnósticos. Es durante el ingreso cuando aumentan los síntomas abdominales del paciente, procediéndose a la realización de TAC abdominal, que no fue concluyente, e interconsultas con los Servicios de Cirugía General y Digestivo. La colitis isquémica fue diagnosticada al paciente por colonoscopia el día 6-1-2006. Al paciente y según los datos obrantes en la H<sup>a</sup> C<sup>a</sup> se le realizó: ECG, Ecografía abdominal, múltiples radiografías de tórax y abdomen, TAC torácico, AngioTAC de abdomen y colonoscopia, así como múltiples determinaciones analíticas. Asimismo cuando se tuvo la sospecha de colitis isquémica se interconsultó con los Servicios de Cirugía y Digestivo. A la vista de lo antedicho, no puede considerarse que no se hayan practicado en tiempo y forma las medidas diagnósticas y de seguimiento, acordes con el episodio asistencial del paciente” (folios 323 a 328).*

5. Orientación médico legal, emitida a instancia de la compañía aseguradora del SERMAS. El citado informe no aparece firmado y en el se concluye, tras una relación de los hechos, que “de la lectura de la historia clínica no se deduce que existiera dejadez o negligencia en el seguimiento del paciente, pudiendo considerarse como correcta la actuación dispensada al

*paciente, tanto por el Servicio de Hematología como de Medicina Interna, desde el punto de vista clínico”* (folios 331 a 335).

6. Notificación del trámite de audiencia a los reclamantes, efectuada el 27 de noviembre de 2009 (folios 339 a 343).

7. Propuesta de resolución de 10 de octubre de 2011 de la Viceconsejera de Asistencia Sanitaria que desestima la reclamación por considerar que *“la atención o asistencia sanitaria prestada a J.G.C. no solo fue correcta y adecuada a la lex artis ad hoc en todo momento, sin evidenciarse signos de mala praxis, sino que, a mayor abundamiento, es irrefutable que las medidas diagnósticas y seguimiento se practicaron en tiempo y forma acordes con el episodio asistencial del paciente que fallece el día 8 de enero de 2007 a las 9:30 horas, pese a las medidas terapéuticas tomadas”* (folios 344 a 346). La propuesta de resolución es informada favorablemente por el Servicio Jurídico en la Consejería de Sanidad (folios 348 a 352).

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 230.000 euros, resulta preceptivo el dictamen de este Consejo Consultivo.

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

**SEGUNDA.-** El procedimiento de responsabilidad patrimonial, que se inició a instancia de interesado 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.

Los reclamantes ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 139 LRJ-PAC, por cuanto que sufren el daño moral causado, supuestamente, por la deficiente asistencia sanitaria. En el caso que nos ocupa, está acreditado el fallecimiento de una persona, mediante los informes médicos, que provoca un *“daño moral cuya existencia no necesita prueba alguna y ha de presumirse como cierto”* (Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de noviembre de 2004 -recurso 7013/2000- y en similar sentido la Sentencia de 25 de julio de 2003 -recurso 1267/1999-). Se ha acreditado debidamente la relación de parentesco que ligaba a los reclamantes con el finado, mediante fotocopia del Libro de Familia.

Se observa, no obstante un defecto de representación en la firmante del escrito de inicio del procedimiento de responsabilidad patrimonial que dice actuar en nombre de los interesados y aporta al efecto un documento privado en el que su madre y hermanos la autorizan para que les represente en el procedimiento de responsabilidad patrimonial. Como ha señalado el



presente Consejo en otras ocasiones (*Vid.* Dictamen 86/2010), la reclamación de responsabilidad patrimonial es un acto de inicio de un procedimiento por lo que de conformidad con lo dispuesto en el artículo 32.3 de la LRJ-PAC es necesario que se acredite la representación por *“cualquier medio válido en derecho que deje constancia fidedigna, o mediante declaración en comparecencia personal del interesado”*.

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

En interpretación del artículo 32.3 de la LRJAP-PAC, el Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana, en Sentencia de 1 abril de 2004 (JUR\2005\3060), confirmando una resolución administrativa en la que no se admitía la representación otorgada a un abogado mediante documento privado, señala que: *“El adjetivo fidedigna, significa para la Real Academia Española de la Lengua digno de fe y de crédito. Como la propia sentencia indica los documentos privados solo producen efectos entre las partes, a tenor de lo dispuesto en el artículo 1257 del Código Civil, pero no respecto de terceros, como es la Administración. Pero es que además el precepto no es sino una garantía de los ciudadanos, evitando así la legislación y la posibilidad de que sean sorprendidos por el ejercicio ajeno de sus propias acciones”*.

Sin embargo, la Administración, no sólo da por válido dicho documento, sino que en su escrito de requerimiento admitía como acreditativo de la representación la autorización manuscrita, sin necesidad de ningún otro requisito más. En consecuencia, como ya se indicó en el Dictamen 296/10, resulta de aplicación lo dispuesto en la Sentencia del Tribunal Supremo de 21 de julio de 1997 (recurso número 4333/1991) según la cual, si la Administración que debió exigir la acreditación en forma de poder, no lo hace, no puede desprenderse de ello ningún vicio anulatorio de la resolución

dictada en dicho recurso. Ello sin perjuicio de la conveniencia de que por ella representante de los reclamantes se acredite debidamente su representación.

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, presentada la reclamación el de 8 de enero de 2008 debe considerarse que la acción ha sido ejercitada en plazo, pues el fallecimiento del marido y padre de los reclamantes se produjo el 8 de enero de 2007.

**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.

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.

De la reclamación formulada por los interesados se ha dado traslado a la Compañía Aseguradora del SERMAS, como posible interesado en el procedimiento de responsabilidad patrimonial, que ha aportado un informe pericial.

**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 n° 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 n° 8803/2003) y de 20 de marzo de 2007 (Recurso n° 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 está acreditado el fallecimiento de una persona, mediante informe médico, que provoca un *“daño moral cuya existencia no necesita prueba alguna y ha de presumirse como cierto”* (Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de noviembre de 2004 -recurso 7013/2000- y en similar sentido la Sentencia de 25 de julio de 2003 -recurso 1267/1999-) y que jurisprudencia consolidada ha admitido como supuesto de lesión indemnizable (Sentencias del Tribunal Supremo de 27 de noviembre de 1993 -recurso 395/1993-, 19 de noviembre de 1994 -recurso 12968/1991- y 28 de febrero de 1995 -recurso 1902/1991-), aunque de difícil valoración económica. No habiéndose acreditado la dependencia económica de los reclamantes respecto del finado, el daño se circunscribe al estrictamente moral.

Acreditada la realidad del daño es necesario examinar si existe relación de causalidad entre el daño sufrido y el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios.

Los reclamantes consideran que la asistencia sanitaria dispensada por el Hospital Ramón y Cajal fue defectuosa porque no se sometió al paciente a las pruebas pertinentes que hubieran permitido un diagnóstico adecuado del paciente, ya que todos los síntomas que padecía el paciente eran intestinales y, sin embargo, no se tuvieron en cuenta los dolores que sufría el enfermo para haber solicitado dichas pruebas. Dolores que comenzaron, según afirman en su escrito de reclamación, por el cambio de medicación pautado por el Servicio de Medicina Interna consistente en la sustitución de la prednisona por Urbasón.

Debemos analizar si, efectivamente, se ha producido una deficiente asistencia sanitaria. Conforme a reiterada jurisprudencia, la acreditación de que existió una mala praxis médica corresponde a los reclamantes -artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil- salvo la concurrencia de la fuerza mayor o la existencia de dolo o negligencia de la víctima que corresponde probar a la Administración.

Asimismo, la doctrina jurisprudencial ha admitido la inversión de la carga de la prueba en aquellos supuestos en que su práctica es sencilla para la Administración y complicada para el reclamante, sentencias del Tribunal Supremo de 23 de octubre (Recurso nº 3071/03) y 2 de noviembre de 2007 (Recurso nº 9309/03) y 7 de julio de 2008 (Recurso nº 3800/04).

Los reclamantes no aportan prueba alguna que sustente su reclamación más allá que su propia versión de los hechos. Por el contrario, la Administración, a través de los diversos informes médicos que obran en el expediente, explica razonadamente lo sucedido sin que se aprecie una deficiente asistencia sanitaria.



Sobre el cambio de medicación, es concluyente el informe del Servicio de Medicina Interna, emitido por el Dr. P., que afirma lo siguiente: *“me sorprende la importancia que quieren dar del cambio de Prednisona a Urbasón, que es Metil Prednisolona y que se usa en los tratamientos que requieren corticoesteroides de manera alternativa”*.

Por su parte, el informe de la Inspección, en relación con la alegación sobre la insuficiencia de pruebas diagnósticas, señala que *“Hay que decir, en cuanto a la atención prestada a J.G.C., y a la vista de los datos contenidos en la historia clínica y en los informes aportados, que no existen indicios que hagan sospechar la existencia de mala praxis alguna en la asistencia dispensada al paciente. El paciente ha sido estudiado y seguido con exhaustividad, como se refleja en los datos obrantes en la historia clínica, tanto a lo largo del episodio correspondiente a su patología principal (mieloma múltiple) como a las urgencias sufridas. Respecto a la valoración de si fueron solicitadas y en tiempo, las pruebas diagnósticas necesarias para un mejor y rápido diagnóstico del paciente, hay que decir lo siguiente: Los síntomas abdominales (dolor) que presentaba el paciente han sido insidiosos, con aparición y desaparición en muchas ocasiones. En el ingreso del 16-11-2006 fue diagnosticado de colecistitis, siendo normales las pruebas diagnósticas (incluyendo ECO abdominal), al alta del paciente. En el ingreso del 22-12-2006 el motivo fue de disnea y edemas, siendo diagnosticado de insuficiencia cardiaca, bajo gasto cardiaco, fracaso renal, hepatitis isquémica, alcalosis e hipocalcemia, y anemia y trombopenia. El paciente es debidamente estudiado y solicitadas las pruebas diagnósticas (incluyendo ECO abdominal y TAC torácico) para llegar a estos diagnósticos. Es durante el ingreso cuando aumentan los síntomas abdominales del paciente, procediéndose a la realización de TAC abdominal, que no fue concluyente, e interconsultas con los Servicios de Cirugía General y Digestivo. La colitis isquémica fue diagnosticada al paciente por colonoscopia el día 6-1-2006. Al paciente y según los datos*

*obrantes en la historia clínica se le realizó: ECG, Ecografía abdominal, múltiples radiografías de tórax y abdomen, TAC torácico, AngioTAC de abdomen y colonoscopia, así como múltiples determinaciones analíticas. Asimismo cuando se tuvo la sospecha de colitis isquémica se interconsultó con los Servicios de Cirugía y Digestivo. A la vista de lo antedicho, no puede considerarse que no se hayan practicado en tiempo y forma las medidas diagnósticas y de seguimiento, acordes con el episodio asistencial del paciente”.*

En consecuencia, no puede considerarse acreditada la relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada al paciente y el fallecimiento del mismo. La atención dispensada al paciente fue conforme a la “*lex artis*”.

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, 14 de diciembre de 2011