

Dictamen nº: **750/11**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **28.12.11**

DICTAMEN de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, emitido por unanimidad, en su sesión de 28 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 en el asunto promovido por G.R.C., en nombre y representación de su madre, E.C. por los daños y perjuicios ocasionados supuestamente por la deficiente atención médica recibida por parte del servicio de cardiología del Hospital de La Princesa, cuyo resultado fue la amputación de ambas piernas.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por el Consejero de Sanidad, mediante escrito de 4 de octubre de 2011, registrado de entrada el 13 del mismo mes, se formula preceptiva consulta a este Consejo Consultivo por trámite ordinario, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la Sección V, presidida por el Excmo. Sr. D. Ismael Bardisa Jordá. En su ausencia, la oportuna propuesta de dictamen fue defendida por el Consejero D. Javier María Casas Estévez, siendo deliberada y aprobada, por unanimidad, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo en su sesión de 28 de diciembre de 2011.

El escrito solicitando el dictamen preceptivo fue acompañado de documentación que, en formato cd, adecuadamente numerada y foliada, se consideró suficiente.

SEGUNDO.- Del expediente remitido, interesa destacar los siguientes hechos que resultan relevantes para la emisión del dictamen solicitado:

Con fecha 19 de abril de 2004, se registró en la Instituto Madrileño de Salud escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, por los daños y perjuicios que la madre del reclamante padece y que atribuye a la presunta mala asistencia recibida en el Hospital La Princesa, al entender que la amputación de los miembros inferiores que sufrió la paciente, fue consecuencia del retraso en la atención y diagnóstico de la patología que presentaba, por parte del centro hospitalario.

No realiza valoración económica de los daños, que determina a requerimiento de la Administración, en 300.000 euros, cantidad que *“podría conducir a la recuperación de la dignidad y tranquilidad perdidas hace catorce meses por las actuaciones reclamadas”* y que desglosa de la siguiente manera: 200.000 euros por los daños y perjuicios morales y materiales de la paciente y 100.000 euros por los daños y perjuicios morales y materiales del resto de miembros de la unidad familiar. Por escrito de subsanación presentado el 8 de julio de 2007, el reclamante incluye como perjudicada a su hija, nieta de la paciente (folios 23 y 24)

La documentación clínica incorporada al expediente pone de manifiesto:

La perjudicada, nacida en 1920 y antecedentes personales de hipertensión arterial, portadora de virus de hepatitis C, infecciones urinarias de repetición e intervenida de fractura de cadera y tiroidectomía hace cincuenta años. En tratamiento habitual con Captoril y ocasionalmente con Septrim por infección urinaria, ingresa en urgencias del

Hospital La Princesa el día 3 de marzo de 2003, a las 20:11 horas trasladada por el 061 (folios 153 y 154) desde su domicilio por disnea intensa de dos horas de evolución, acompañada al parecer de un traumatismo por caída al suelo. La paciente llevaba varios días en tratamiento por infección urinaria y al parecer no tomaba Captopril (folios 40 y 41).

A la exploración la enferma aparece consciente con taquipnea e intenso trabajo respiratorio, ingurgitación venosa yugular, auscultación cardiaca: arritmia, taquicardia, no soplos, auscultación pulmonar: crepitantes en bases. En extremidades signos de isquemia crónica en ambos miembros inferiores, con pulsos pedios ausentes y edema maleolar. Gasometría arterial: pH 7,51, PCO₂ 31, P_O2 57, bicarbonato 25, saturación de 0291%. ECG: fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida (180 pm). Radiografía de tórax: cardiomegalia, infiltrados alveolo-intersticiales bilaterales, aumento de densidad en base izquierda compatible con derrame pleural y extensa afectación de cabeza humeral derecha (compatible con cambios degenerativos o traumáticos previos). TAC torácico helicoidal: cardiomegalia, derrame pleural bilateral que produce atelectasia compresiva de parénquima pulmonar, pequeño aneurisma sacular en cayado aórtico, adenopatías pretraqueales y en axila derecha, no signos de tromboembolia pulmonar.

La paciente ingresa en el servicio de Cardiología y es tratada con diuréticos, digoxina y vasodilatadores mejorando la insuficiencia cardiaca que presentaba y objetivándose signos de isquemia aguda en el miembro inferior izquierdo. Es valorada por Cirugía Cardiovascular y se considera que no es susceptible de embolectomía, procediéndose a la amputación supracondílea del miembro inferior izquierdo el 11 de marzo de 2003, no presentando complicaciones en el posoperatorio. Desde el punto de vista cardiológico se ha mantenido estable con frecuencias cardiacas controladas y con desaparición de los infiltrados radiológicos que presentaba a su

ingreso saturando basalmante al alta: 97%. En el miembro inferior derecho presenta signos isquémicos en pulpejos de los dedos y el talón, habiendo sido valorada por Cirugía Cardiovascular, recomendando tan solo curas locales. Es dada de alta el día 21 de marzo, pautando tratamiento con sintrom, indicándole control por su médico de atención primaria de la dosis de sintrom y de las curas de las extremidades inferiores.

El día 1 de abril de 2003, a las 21:14 horas, la paciente acude a urgencias del Hospital Ramón y Cajal, por gangrena de dedo del pie derecho, refiere que desde hace una semana presenta ennegrecimiento del dedo primero del pie derecho que ha ido progresando. No tiene dolor. A la exploración física del miembro inferior derecho, se aprecia frialdad de pierna y el dedo primero está gangrenoso con lesiones isquémicas en el dorso del pie. Escaras en el talón. Ausencia de pulsos (folio 49).

El 3 de abril de 2003, ingresa en el servicio de angiología y cirugía vascular del Hospital Ramón y Cajal por isquemia irreversible de miembro inferior derecho, con el diagnóstico de arterioterapia arteriosclerótica, isquemia irreversible de miembro inferior derecho y fibrilación auricular, se realiza tratamiento quirúrgico el 8 de abril, consistente en la amputación por debajo de la rodilla del miembro inferior derecho. Es dada del alta el 14 de abril de 2003.

TERCERO.- Por los hechos que anteceden, se ha instruido el correspondiente procedimiento de responsabilidad patrimonial, de conformidad con lo establecido en los artículos 39 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC) y 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 (RPRP).

Además de la reclamación de responsabilidad patrimonial a la Administración Pública, se han incorporado al expediente:

- Documentación médica presentada por el reclamante a requerimiento de la Administración (folios 40 a 43).
- El informe del director gerente del Hospital de La Princesa de 4 de octubre de 2004 (folio 26), donde comunica que no consta la atención a la perjudicada en el Centro en la fecha señalada. Indicando que se ha realizado un rastreo en el sistema informático con el número de DNI de la paciente, “*no encontrando ninguna actividad asistencial en la fecha señalada ni hoja de asistencia en el Servicio de Urgencias que hemos comprobado en el día y hora señalado por el reclamante*”.
- Informe de la Coordinadora de Admisión y documentación clínica del Hospital de La Princesa de 8 de febrero de 2005 (folio 35) donde figura, entre otros, que “*La causa de la no localización de la información clínica requerida, se ha debido a la existencia de un registro duplicado en el fichero maestro de pacientes del hospital*”.
- La historia clínica e informes de la paciente (folios 46 a 174). Así como el documento de consentimiento informado suscrito por ella.
- El informe de la Inspección Médica de 13 de octubre de 2004 (folios 28 a 31), concluye “*No podemos valorar lo reclamado por el asegurado, al no tener ningún soporte documental a enjuiciar*”.
- El dictamen médico emitido por la asesoría jurídica de la Consejería de Sanidad con fecha 17 de septiembre de 2005 (folios 177 a 184), emite las siguientes conclusiones:
 - “*1. La paciente ingresó por un episodio de insuficiencia cardiaca grave que ponía en grave peligro su vida.*

2. En el momento del ingreso presentaba signos de enfermedad arterial periférica crónica, estadio V, sin síntomas de oclusión arterial aguda.

3. Con el tratamiento mejoró la insuficiencia cardiaca entonces se hizo evidente la existencia de una oclusión arterial aguda en miembro inferior izquierdo que fue valorada por Cirugía cardiovascular, considerando la extremidad no viable y procediendo a su amputación.

4. Al darle de alta la enferma presentaba signos de isquemia arterial en pie derecho y se le recomendó el único tratamiento realmente útil, los cuidados higiénicos y curas, además de anticoagulación con sintrom.

5. A pesar de ese tratamiento, la isquemia evolucionó a gangrena y hubo de amputar la extremidad inferior derecha.

6. El análisis de la documentación indica que la actuación médica en este caso fue correcta y acorde a *lex artis ad hoc*.

Se han cumplido los trámites establecidos en la normativa que resulta de aplicación, habiéndose evacuado el oportuno trámite de audiencia al reclamante por escrito de 19 de junio de 2009, cuya notificación no ha podido realizarse a pesar de los repetidos intentos. También se publicó mediante edictos en el tablón de edictos del Ayuntamiento de Madrid desde el 5 al 21 de mayo de 2011 y en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid el 18 de mayo de 2011, no consta que se hayan formulado alegaciones por parte del interesado.

El 12 de septiembre de 2011 se elevó por la Secretaría General del Servicio Madrileño de Salud (por delegación de firma de la Viceconsejera de Asistencia Sanitaria en virtud de Resolución 26/2010, de 28 de julio) propuesta de resolución desestimatoria, que fue informada favorablemente por el Servicio Jurídico en la Consejería de Sanidad el 3 de octubre de 2011.

A la vista de los relatados antecedentes de hecho cabe hacer las siguientes

CONSIDERACIONES EN DERECHO

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 13.1.f).1º de su Ley Reguladora, 6/2007, de 21 de diciembre (LRCC), y a solicitud de un órgano legitimado para ello, según el artículo 14.1 LRCC.

SEGUNDA.- Como resulta de los antecedentes, el procedimiento de responsabilidad patrimonial se inició a instancia de interesados, y su tramitación se encuentra regulada en los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común (en adelante 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 de la LRJ-PAC. La reclamación se presentó inicialmente por el hijo de la persona que recibió la asistencia sanitaria cuestionada, en su propio nombre y en el de su madre. Por lo que se refiere a la madre se encuentra legitimada activamente al sufrir el daño derivado de la asistencia sanitaria. Por su parte, también ostenta legitimación el hijo por el sufrimiento y el cambio de la situación familiar a consecuencia de la necesidad de cuidar de su madre, con la que dice convivir.

No obstante lo anterior, debe señalarse que ni consta la relación de parentesco entre los reclamantes, ni la representación que de su madre dice ostentar el hijo de la paciente.

Tampoco la Administración ha requerido a los reclamantes para subsanar estas deficiencias, incumpliendo así lo establecido en el artículo 71.1 de la LRJ-PAC, según el cual “*si la solicitud de iniciación no reúne los requisitos que señala el artículo anterior y los exigidos, en su caso, por la legislación específica aplicable, se requerirá al interesado para que, en un plazo de diez días, subsane la falta o acompañe los documentos preceptivos, con indicación de que, si así no lo hiciera, se le tendrá por desistido de su petición, previa resolución que deberá ser dictada en los términos previstos en el artículo 42*”.

Por otra parte, se cumple también la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, en cuanto que titular del servicio a cuyo funcionamiento se vincula el daño, al encontrarse el Hospital de La Princesa integrado en la red pública sanitaria del Servicio Madrileño de Salud.

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

Debe tenerse como *dies a quo* para el inicio del cómputo del plazo el momento de determinación de las secuelas, porque a partir de ese momento es cuando se puede concretar el verdadero alcance del daño. Así lo ha reiterado consolidada jurisprudencia del Tribunal Supremo. En la sentencia de 4 de octubre de 1999 (RJ 1999/8539) se señala que “*esta Sala ha aceptado (Sentencias de la Sala Tercera de 19 de septiembre de 1989*

[RJ 1989\6418], 4 de julio de 1990 [RJ 1990\7937] y 21 de enero de 1991 [RJ 1991\4065]) el principio de la «*actio nata*» (nacimiento de la acción) para determinar el origen del cómputo del plazo para ejercitar la acción de responsabilidad patrimonial contra la Administración. Según este principio la acción sólo puede comenzar cuando ello es posible y esta coyuntura sólo se perfecciona cuando se tiene cabal conocimiento del daño y, en general, de los elementos de orden fáctico y jurídico cuyo conocimiento es necesario para el ejercicio de la acción. En consonancia con él tenemos reiteradamente declarado que cuando del hecho originador de la responsabilidad se infieren perjuicios o daños que no pueden ser determinados, en su alcance o cuantía, en el momento de ocurrir el acontecimiento dañoso, el plazo de prescripción no comienza a computarse sino a partir del momento en que dicha determinación es posible (Sentencias de 7 de febrero de 1997 [RJ 1997\892] y 28 de abril de 1998 [RJ 1998\4065], entre otras muchas)". Igualmente, la sentencia de 6 de julio de 1999 (1999/6536) recoge lo siguiente: "De acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo (Sentencias de la Sala Tercera de 27 de diciembre de 1985, 13 de mayo de 1987 y 4 de julio de 1990 [RJ 1990\7937]) el principio general de la «*actio nata*» significa que el cómputo del plazo para ejercitar la acción sólo puede comenzar cuando ello es posible y esta coyuntura se perfecciona cuando se unen los dos elementos del concepto de lesión, es decir, el daño y la comprobación de su ilegitimidad, criterio recordado por la posterior sentencia del Tribunal Supremo de 21 de enero de 1991 y en las anteriores de 5 de abril de 1989 (RJ 1989\3150) y 19 de septiembre de 1989 (RJ 1989\6417)".

En el presente caso, la amputación de la pierna izquierda tuvo lugar el 11 de marzo de 2003 y la de la pierna derecha el 8 de abril del mismo año, siendo dada de alta de esta última intervención el 14 de abril del mismo año, fecha en la que se inicia el *dies a quo* del cómputo del plazo, por

cuanto que en esa fecha está ya determinado y es conocido por los reclamantes el alcance del daño. La reclamación se presentó por el hijo de la paciente en el Servicio de Correos en fecha que resulta ilegible en el sello estampillado, si bien tuvo entrada en el Instituto Madrileño de Salud el 19 de abril de 2004, por lo que no podemos pronunciarnos sobre la presentación en plazo de la reclamación inicialmente presentada por el hijo de la perjudicada.

Sin embargo, en escrito posterior presentado el 8 de julio de 2004, se une a la reclamación de responsabilidad patrimonial la nieta de la paciente, por lo que en relación a ella la reclamación es extemporánea.

TERCERA.- El procedimiento se ha instruido cumpliendo los trámites preceptivos previstos en la legislación mencionada en la anterior consideración, con las matizaciones que seguidamente se exponen.

Por lo que se refiere al preceptivo informe del servicio causante del daño, consta haberse solicitado, si bien no se ha emitido. Como ya ha señalado este Consejo en dictámenes anteriores, verbigracia Dictamen 220/08, se considera que dicha omisión constituye una mera irregularidad no invalidante del procedimiento, toda vez que con el informe que ya obra unido, en el que se analiza la historia clínica de la paciente, hay datos suficientes para emitir un juicio médico acerca de la corrección de la asistencia sanitaria dispensada y, en su caso, la supuesta relación de causa a efecto con los servicios públicos.

En este sentido, ya el Consejo de Estado, en su dictamen nº 2072/1999 de fecha 8 de julio de 1999, ha entendido que por “*...informes determinantes del contenido de la resolución los que fijan o permiten fijar su sentido; los que definen el alcance de la resolución, por utilizar la expresión de la acepción sexta y jurídica del verbo "determinar" contenida en el Diccionario de la Lengua Española. Esta especial incidencia en la resolución, comporta que no todos los informes evacuados en el seno de un*

procedimiento puedan ser calificados de determinantes, pues no todos ellos, aunque ayuden a formar el juicio de la Administración Pública, tienen la eficacia descrita. Sólo tienen tal carácter los que ilustran a los órganos administrativos de tal manera que les llevan a poder resolver con rigor y certeza en un procedimiento; los que les permiten derechosamente formarse un juicio recto sobre el fondo del asunto, de tal suerte que, sin ellos, no cabría hacerlo”.

A la luz de la doctrina sentada por el Alto Órgano Consultivo, se llega a la conclusión de que, en el caso examinado, el contenido del informe omitido no hubiera resultado determinante del contenido de la resolución a dictar, toda vez que ya obran en el expediente elementos de juicio bastantes para ilustrar al órgano administrativo acerca de la realidad de lo acontecido y de la actuación médica desplegada para con la paciente.

En cuanto al informe de la Inspección Sanitaria, obra en el expediente un informe del médico Inspector en el que se relatan las actuaciones practicadas por el inspector y se deja constancia de que no se ha encontrado historia clínica de la paciente sobre la asistencia sanitaria controvertida, concluyendo que no se puede valorar lo reclamado al no tener ningún soporte documental a enjuiciar. Con posterioridad a la fecha de este informe, y tras descubrir la existencia de un error en el número de historia, se incorporó ésta, sin que se emitiera un nuevo informe por parte de la Inspección en el que se pronunciara sobre la asistencia médica.

No obstante la deficiente instrucción del procedimiento que ello evidencia, no constituye esta omisión del informe de la Inspección una irregularidad invalidante, pues como ya sostuviera este Consejo en dictámenes anteriores (*vid. Dictámenes 256/11, 13/11 y 192/10, entre otros*) el informe de la Inspección es facultativo para aquellos supuestos en que el instructor lo considere necesario o conveniente para resolver. La regulación de la Inspección Sanitaria se contiene en diversas leyes estatales

y autonómicas. En cuanto a la legislación estatal, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, regula en su artículo 30 las facultades del personal de la Inspección en el desarrollo de sus funciones, sin enumerarlas. Tampoco especifica estas funciones la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, en cuyo capítulo XI relativo a la Alta Inspección, no se contiene previsión alguna sobre la obligatoriedad de emisión de informe en casos de reclamaciones de responsabilidad patrimonial. En el ámbito de la Comunidad de Madrid, de conformidad con el artículo 12 f) de la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria, corresponde a la Consejería de Sanidad la competencia en materia de Inspección Sanitaria. Por su parte, el Decreto 22/2008, de 3 abril, por el que se aprueba la estructura orgánica de dicha Consejería atribuye a la Dirección General de Ordenación e Inspección el ejercicio, entre otras, de las siguientes funciones:

“g) La elaboración y seguimiento del Plan Integral de Inspección de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

h) Las facultades inspectoras en materia sanitaria, farmacéutica y de salud pública, así como la evaluación, inspección y seguimiento de la prestación por incapacidad laboral y de las prestaciones del sistema de Seguridad Social, de acuerdo con lo dispuesto en la legislación aplicable”.

Como se decía también en el citado dictamen 192/10 de este Consejo, el carácter facultativo del informe de la Inspección Sanitaria encuentra, asimismo, su respaldo en el apartado IX.9.1 de la Circular 3/1999, de 30 de noviembre, de la Presidencia Ejecutiva del INSALUD, sobre Organización y Funciones de la Inspección Sanitaria, en el que se afirma que la Inspección Médica “elaborará los informes que le sean solicitados, en relación con los expedientes de Responsabilidad Patrimonial”.

En otro orden de cosas, debe advertirse a la Administración consultante el excesivo tiempo empleado en la tramitación del procedimiento de

responsabilidad patrimonial objeto de Dictamen, que se inició en abril de 2004, y no ha tenido entrada en este Consejo hasta octubre de 2011, superando ampliamente el plazo legalmente previsto para resolver. Ello no constituye ninguna irregularidad invalidante, pero pugna radicalmente con el principio de eficacia que, de acuerdo con el artículo 103.1 de la Constitución, debe presidir la actuación de la Administración.

CUARTA.- 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 reglamento de desarrollo anteriormente mencionado, disposiciones que en definitiva vienen a reproducir la normativa prevista en los artículos 121 y 122 de la Ley de Expropiación Forzosa de 16 de diciembre de 1954, y artículo 40 de la Ley de Régimen Jurídico de la Administración del Estado de 26 de julio de 1957. El artículo 139 de la citada LRJ-PAC dispone, en sus apartados 1 y 2, lo siguiente:

"1.- 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.

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

Como señala la doctrina del Tribunal Supremo, que plantea el estado de la cuestión en responsabilidad patrimonial de la Administración en materia de asistencia sanitaria -Sentencias de 26 de junio (recurso 6/4429/04), 29 de abril (recurso 6/4791/06) y 15 de enero (recurso 6/8803/03) de 2008- 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 en 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 -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor. 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 aunque es imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

QUINTA.- Acreditado, mediante los informes médicos obrantes en el expediente, que a la reclamante se le amputaron las dos piernas, la cuestión se centra en dilucidar si dicho daño es imputable a la acción u omisión de los servicios públicos sanitarios en una relación de causa a efecto y si el daño reviste la nota de antijuridicidad.

Para ello es preciso analizar si la asistencia sanitaria recibida se adecua a la *lex artis* porque de acuerdo con una larga y consolidada jurisprudencia que se reitera en la citada Sentencia del Tribunal Supremo de 26 de junio de 2008, “*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", o lo que es lo mismo, la Administración sanitaria no puede constituirse en aseguradora universal y por tanto no cabe apreciar una responsabilidad basada en la exclusiva producción de un resultado dañoso".

Por otra parte, no puede olvidarse que en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración la carga de la prueba de los presupuestos que hacen nacer la responsabilidad indemnizatoria, salvo circunstancias concretas que no vienen al caso, recae en quien la reclama (Sentencias del Tribunal Supremo de 25 de julio de 2003 -recurso 1267/1999-, 30 de septiembre de 2003 -recurso 732/1999- y 11 de noviembre de 2004 -recurso 4067/2000-, entre otras).

En el caso que nos ocupa los reclamantes no han aportado, ni propuesto la práctica de prueba alguna de la mala práctica médica de la que pudiera derivarse resultados indemnizatorios para la Administración, más allá de sus alegaciones, que no hacen prueba de lo cuestionado.

Por el contrario, el informe pericial obrante en el expediente, emitido por médico especialista en medicina interna, sostiene que la asistencia sanitaria dispensada a la enferma fue correcta y adecuada a la *lex artis*.

La enferma acudió a urgencias del Hospital de La Princesa por un episodio de insuficiencia cardiaca grave, por ello, como indica el informe pericial referido, la actuación médica inmediata fue tratar la grave patología cardiaca que presentaba, y que comprometía seriamente su vida. Ello justifica, a pesar del reproche formulado por su hijo, que ingresase en el Servicio de Cardiología en lugar del de Cirugía Vascular.

De acuerdo con este informe cuando la enferma ingresó en el hospital presentaba insuficiencia cardiaca e isquemia crónica de extremidades inferiores. Sin embargo, no presentaba obstrucción crónica de aorta distal e iliaca, cuya principal sintomatología es la claudicación intermitente, es decir, aparición de dolor en las pantorrillas al andar que desaparece al pararse; sintomatología que no consta en los informes médicos que la padeciese. Expresamente se señala que “*esta paciente presentaba una enfermedad arterial periférica crónica y cuando ingresó en el hospital de la Princesa no mostraba ningún dato de oclusión arterial aguda ya que no refería dolor, parestesias ni cianosis. Estando ingresada y en tratamiento de la insuficiencia cardiaca aparecieron datos de oclusión arterial que al ser valorados por los especialistas vasculares no consideraron indicado el tratamiento revascularizante al encontrar una extremidad no viable*”.

Continua explicando el informe que en la terminología de la Sociedad de Cirujanos Vasculares y la Sociedad Internacional de Cirugía Cardiovascular “extremidad no viable” es aquella que presenta isquemia irreversible y precisa de amputación, sin que sea necesario hacer arteriografía.

Por lo que se refiere a la amputación de la pierna derecha, a la luz del informe pericial, no parece que se hubiera podido evitar. La afectación de la pierna derecha ya fue diagnosticada durante el tiempo que permaneció ingresada en el Hospital de La Princesa y con arreglo a lo indicado en el informe fue “*tratada con las medidas posibles, que son pocas: medidas higiénicas y analgésicos, si aparece dolor*”, pues “*los vasodilatadores no son eficaces y la pentoxifilina solo ha mostrado una mejor tolerancia del ejercicio en enfermos con claudicación intermitente, lo cual no era el caso de la paciente. Por tanto, las recomendaciones indicadas al alta eran las adecuadas y desgraciadamente la evolución fue muy mala en los días siguientes estableciéndose una oclusión completa a pesar de que la enferma estaba anticoagulada*”.

En consecuencia, de todo lo anterior resulta que la asistencia sanitaria dispensada no contravino las buenas prácticas de la medicina, no existiendo relación de causalidad entre el daño y el funcionamiento del servicio público sanitario.

Por lo anteriormente señalado el Consejo Consultivo formula las siguientes

CONCLUSIONES

PRIMERA.- La acción de responsabilidad patrimonial ejercitada por la nieta de la perjudicada es extemporánea.

SEGUNDA.- Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial ejercitada por el hijo de la perjudicada en su propio nombre y en el de su madre, al no concurrir los requisitos necesarios para ello.

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, 28 de diciembre de 2011