



Comunidad
de Madrid

Carlos Sardinero García

ABOGADO

SANTA ENGRACIA, 36 - BAJO B

28010 MADRID

TEL.: 91 686 91 60 / 91 448 96 92

NOTIFICACIÓN

NÚMERO 123/21

UNIDAD ADMINISTRATIVA
SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA

Para su conocimiento y efectos le NOTIFICO, de conformidad con lo previsto en el artículo 40 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, ORDEN nº 123/21 que el VICECONSEJERO DE ASISTENCIA SANITARIA, ha dictado con fecha 09 de febrero de 2021, en virtud de la Orden 1122/2017, de 4 de diciembre, de la Consejería de Sanidad (B.O.C.M de 15 de diciembre), por la que se le delegan el ejercicio de determinadas competencias atribuidas al CONSEJERO DE SANIDAD, cuyo texto, transcrito a continuación, CERTIFICO coincide íntegramente con el del original y constituye copia autenticada del mismo, en virtud de la atribución conferida al efecto por el artículo 46.1 de la Ley 1/1983, de 13 de diciembre, de Gobierno y Administración de la Comunidad de Madrid en relación con el artículo Único del Decreto 40/1993, de 4 de marzo, por el que se determinan los órganos de la Administración de la Comunidad de Madrid con competencias para autenticar documentos

"Vista la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada y examinada la Propuesta de Resolución del procedimiento administrativo seguido al efecto (RP 438/20- SIPARP así como las actuaciones practicadas y documentos obrantes en el mismo procede, una vez instruido el expediente, resolver teniendo en cuenta los siguientes

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Mediante escrito presentado con fecha 9 de enero de 2019, con asistencia letrada de **D. CARLOS SARDINERO GARCÍA**, formula reclamación de responsabilidad patrimonial por la que considera deficiente asistencia sanitaria dispensada en el día 2 de marzo de 2018.

Indica que el día 2 de marzo de 2018, acudió al de de Móstoles por encontrarse de parto. En torno a las 10:00 horas se le suministró anestesia epidural, sin la firma del correspondiente consentimiento informado y sin explicarle los riesgos de la misma, produciéndose el expulsivo a las 17:23 horas.

La paciente fue dada de alta dos días después, el 4 de marzo de 2018. No obstante, señala en su reclamación, en ese momento ya presentaba dolor lumbar persistente con irradiación a las caderas, además de inflamación en la zona sacra, incontinencia urinaria y estreñimiento y, aunque lo comunicó a los especialistas, no le dieron importancia.

Refiere que, pese a que tomó analgésicos, los dolores no disminuyeron y, además aparecieron pinchazos a nivel cervical e intensas cefaleas, por lo que acudió al Servicio de Urgencias del mismo hospital el 7 de marzo de 2018.

Allí, según manifiesta, el facultativo que la atendió le realizó una exploración física básica y, sin otras pruebas diagnósticas ni exploración neurológica, determinó que sufría un edema a nivel lumbosacro y, se le diagnosticó "contractura cervical y lumbalgia", dándole el alta con paracetamol y tratamiento local con frío/calor.



Comunidad
de Madrid

Carlos Sardinero García

ABOGADO

SANTA ENGRACIA, 36 - BAJO B

28010 MADRID

TEL.: 91 686 91 60 / 91 448 96 92

Indica que le recomendaron acudir a sesiones privadas de fisioterapia y, con el fin de continuar la lactancia materna, tampoco se le modificó la medicación.

A pesar del tratamiento pautado, señala que los dolores eran cada vez más intensos y a la sintomatología descrita se sumó la sensación de acorchamiento en miembros inferiores y genitales y la debilidad para la flexión dorso plantar de ambos tobillos, por lo que acudió nuevamente a Urgencias en la madrugada del 9 de marzo.

Impedida para caminar, solicitó una ambulancia para ser trasladada al hospital y, manifestó que la misma tardó más de 90 minutos en llegar a recogerla. Además, carecía de los medios adecuados para su traslado, que por eso finalmente tuvo que realizarse en una silla de ruedas.

Considera que se minimizó su sintomatología y que los especialistas informaron que se trataba de "algo psicológico" y que debía caminar a pesar de los intensos dolores que padecía, de modo que se le suministró tratamiento analgésico y, obligada a ponerse en pie e intentar andar, cayó al suelo y no fue capaz de controlar la micción.

Refiere que fue, ante la insistencia de sus familiares cuando, se le practicó una resonancia magnética urgente. La RM puso de manifiesto la presencia de un hematoma epidural postpunción.

Ante semejante hallazgo, fue necesario someterla a una intervención quirúrgica para drenar el hematoma. La intervención se llevó a cabo el mismo día 9 de marzo, pasadas las 17:00 horas. La reclamante considera que se actuó con retraso.

Cuando se practicó la operación, los facultativos constataron que padecía un absceso epidural, siendo necesario para su evacuación una laminectomía L2 y L3 y una flavectomía de carácter urgente.

El nuevo diagnóstico, según su opinión, evidenció que había sufrido una infección nosocomial, para la que no se instauró el tratamiento adecuado, favoreciendo su evolución y las secuelas que presenta en la actualidad.

La evolución de la infección le provocó secuelas de tamaño idéntico que tuvo que ser derivada al para completar el tratamiento rehabilitador.

En la actualidad la paciente presenta síndrome de cola de caballo además de arreflexia vesical y pseudodisinergia de esfínter externo uretral, precisando material de incontinencia urológica además del suministro de laxantes diarios. También padece falta de sensibilidad en la parte posterior de las piernas e inferior de la espalda, por lo que acude todavía a sesiones de rehabilitación y a revisiones con el especialista.

Explica que todos los ámbitos de su vida se han visto completamente afectados por lo sucedido, especificando la afectación de su vida afectiva y sexual, el anormal desarrollo de su maternidad, durante los primeros meses de vida de su bebé y, la pérdida de su actividad laboral.

Comunidad
de Madrid

Formula de ese modo reclamación de responsabilidad patrimonial, por un total de **386.397,52 €**, sin perjuicio de una posterior liquidación en atención a la evolución de sus patologías y necesidades asistenciales.

El desglose de su reclamación es el siguiente:

a. Daños indemnizables por lesiones temporales

- Perjuicio personal:

- Días con pérdida de calidad de vida grave: 10 días x 76,39€: 763,90 €
- Días con perjuicio personal básico: 287 días x 30,56€: 8.770,72 €
- Intervenciones quirúrgicas: 1 intervención x 1.600 €
- Total.....11.134,62 €

- Perjuicio patrimonial:

Lucro cesante.....282,26 €

Total de los daños por lesiones temporales.....11.416,88 €

b) Daños indemnizables por secuelas. (Tabla 2)

-Perjuicio personal básico (T.2.A).....102.104,81€

•Perjuicio anatómico-funcionales → 44 pts.....91.764,22 €

•Perjuicio estético → 10 pts.....10.340,59 €

-Perjuicio personal particular (T.2.B).....22.407, 88 €

•Perjuicio moral por pérdida de calidad de vida ocasionada por las secuelas Moderado22.407,88 €

- Perjuicio patrimonial.....250.467, 95€

•Daño emergente. Supuestos del artículo 116.4.....174.106,20 €

•Gastos por pérdida de autonomía personal. Incremento de los costes de movilidad:61.112,40€

•Indemnización de ayuda de tercera persona (2 horas) 5.249,35 €

Total daños por secuelas.....374.980,64 €

Total quantum indemnizatorio: 386.397,52 € (374.980,64 € de daños por secuelas y 11.416,88 € de daños por lesiones).

SEGUNDO.- De la documentación incorporada al expediente se desprenden los siguientes hechos:

La reclamante, de 22 años de edad en el momento de los hechos, ingresó en el día 2 de marzo de 2018 para parto. Ese mismo día, a las 17.23h., se le practicó un parto instrumental, utilizando ventosa y aplicando anestesia epidural.

**Comunidad
de Madrid**

En la documentación incluida en el expediente remitido desde el hospital consta un documento de consentimiento informado con los datos de identificación de la paciente y de la ginecóloga, fechado el 6 de febrero de 2018, pero sin firma de ninguna de las dos.

La reclamante permaneció ingresada en el hospital hasta el día 4 de marzo y durante ese periodo no se refleja en la historia clínica ninguna sintomatología relevante.

El día 7 de marzo acude a Urgencias por lumbalgia y cervicalgia.

Es valorada por Ginecología que descarta complicaciones por su parte y posteriormente por Urgencia General, que en la exploración física encuentra dolor a la palpación de región paravertebral cervical bilateral con contractura a ese nivel. A nivel lumbosacro, leve edema regional sin eritema. No complicaciones en punto de punción. Pelvis estable. No alteraciones neurovasculares distales. No apofisalgias. Dificultad para la extensión y lateralización del cuello. Grietas en pezones.

La paciente rechaza realizarse radiografías, por lo que se da de alta con el diagnóstico de contractura cervical y lumbalgia, con tratamiento analgésico y la indicación de acudir a Urgencias en caso de empeorar.

El día 9 de marzo acude de nuevo a Urgencias por dolor de espalda. En esa asistencia refiere que en su domicilio no podía mover las piernas y tiene mucho dolor, no obstante, en la exploración moviliza espontáneamente las piernas. En la analítica tiene 10,63x10³ leucocitos.

Vista por Neurología, refiere que los días posteriores al alta ha presentado clínica fluctuante pero progresiva de lumbalgia y sensación de acorchamiento en MMII y genitales, sin distribución radicular, que fue progresando hasta que 48 horas antes de acudir a Urgencias comienza con debilidad para la flexión dorsoplantar de ambos tobillos, mayor sensación de acorchamiento y dolor tipo neurálgico en caramedial de ambas piernas desde rodillas, que se fue exacerbando en las últimas 12h, por lo que acude a urgencias.

Refiere que durante su estancia en Urgencias no es capaz de controlar la micción.

En la exploración presentaba fuerza 4/5 en flexión y extensión de rodilla. Flexoextensión de tobillos 2/5. Hipoestesia leve en genitales y piernas sin territorio radicular, hipoestesia moderada en tercio distal de MII con importante alodinia en ambos pies.

Se realiza RM urgente que muestra hallazgos compatibles con hematoma epidural postpunción que comprime el saco tecal a nivel L2-L3, con desplazamiento anterior de las raíces. Hematoma de partes blandas de predominio izquierdo L1-L4.

Se solicita valoración al Servicio de Neurocirugía que, tras informar a la paciente y a la familia, decide intervención urgente para evacuación del hematoma.

Con el diagnóstico preoperatorio de hematoma epidural, se realiza intervención quirúrgica mediante laminectomía L2 y L3 + flavectomía, identificando colección epidural purulenta, blanquecina, con cambios flemonosos en ligamento amarillo y grasa epidural. Importante compresión del saco dural, lográndose una adecuada descompresión.



Comunidad
de Madrid

Carlos Sardinero García

ABOGADO

SANTA ENGRACIA, 36 - BAJO B

28010 MADRID

TEL.: 91 686 91 60 / 91 448 96 92

Compatible con absceso epidural postpunción. Se inicia tratamiento antibiótico empírico y se ingresa a cargo de Neurocirugía. En el cultivo inicial crece S.Aureus. Inicialmente tratamiento con vancomicina, rifampicina y ceftriaxona y posteriormente con cloxacilina.

En seguimiento por Medicina Interna, para control de tratamiento antibiótico del absceso.

El informe de Rehabilitación de fecha 21 de marzo, refleja: Hipoestesia sensitiva izquierda desde L4. A nivel motor L2 3/5, L3 3/5, L4 2/5, L5 2/5. Esfínter anal hipotónico. Vejiga neurógena. Lesión medular incompleta motora L2, sensitiva L4, ASIA B.

Durante el ingreso fue valorada por Psiquiatría con diagnóstico de reacción adaptativa con predominio de sintomatología depresiva.

También fue valorada por Ginecología, para control de puerperio y por el Servicio de Urología, en relación a afección del esfínter urinario, enseñando técnicas de autosondaje y pautando indicaciones.

En RM lumbar de 27 de marzo se objetiva situación postquirúrgica con evacuación de absceso epidural, observándose absceso en musculatura paravertebral localizada entre las apófisis espinosas de L1- L3, con pequeña cantidad de material purulento introduciéndose entre las raíces de la cola de caballo. Dada la buena evolución clínica, la ausencia de complicaciones en la herida, la ausencia de clínica de infección y, la normalización de los parámetros infecciosos en las analíticas, hacen que Neurocirugía lo interprete como cambios inflamatorios postquirúrgicos que no indican nueva cirugía.

Consta estudio neurofisiológico realizado el 2 de abril de 2018, que en referencia a los miembros inferiores muestra ausencia de respuesta motora en ambos tibiales posteriores, junto con un descenso de amplitud en los potenciales obtenidos al estimular el nervio peroneo común de manera bilateral. Las respuestas sensitivas en miembros inferiores conservadas (sural bilateral).

El estudio de miembro superior izquierdo fue normal. No se observa actividad denervativa en el único músculo explorado (vasto lateral izquierdo).

No se continúa el estudio por deseo expreso de la paciente, por intolerancia al dolor. Durante el ingreso mejoró neurológicamente, presentando en la exploración el día 4 de abril, paraparesia 4/5, precisando ayuda para la marcha, con alteraciones sensitivas principalmente en territorio de S1 y sacros; persistía afectación esfinteriana, realizándose sondajes intermitentes, íleo neurógeno precisando enemas.

La reclamante ha tenido que seguir procedimiento rehabilitador en el
desde el 5 de abril de 2018, recibiendo informe de alta el 16 de junio
de 2018, con indicación de revisión en plazo de 3 meses, en consultas externas.

TERCERO.- En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 79 y 81.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, además de la historia clínica y consentimientos informados del Hospital Universitario Rey Juan Carlos se han recabado los siguientes informes:

- Informe del Servicio de Urgencias, de 15 de febrero de 2019

**Comunidad
de Madrid**

- Informe del Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia, de 6 de febrero de 2019.
- Informe del jefe de Servicio de Anestesiología y Reanimación, de 14 de febrero de 2019
- Informe del jefe de Servicio de Medicina Preventiva de 14 febrero de 2019,

Se ha incorporado al procedimiento el informe de fecha 4 de julio de 2019 de la Inspección Sanitaria.

CUARTO.- A continuación, y según establece el artículo 82 de la citada Ley 39/2015, se evacuó el oportuno trámite de audiencia y vista del expediente a la parte reclamante en fecha 9 de octubre de 2019, y al Hospital concertado con fecha 7 de octubre de 2019 a fin de que pudieran formular las alegaciones que tuvieran por convenientes.

Dentro de dicho trámite, fue presentado escrito por el citado centro con fecha 9 de octubre de 2019, aduciendo la improcedencia de la reclamación interpuesta, así como la corrección de la actuación sanitaria.

Por la parte del reclamante, se presentan alegaciones de fecha 25 de octubre de 2019 para manifestar su disconformidad con los informes del expediente, aportar nueva información sobre las secuelas de la paciente, y ampliar la cuantía indemnizatoria a 387.846,88€. Solicita la aportación de documentación complementaria.

A la vista de lo solicitado por la parte reclamante, se recaban del Hospital la aportación de los protocolos de bioseguridad, y se confiere ampliación del trámite de audiencia mediante notificación telemática al administrado y al referido centro concertado, ambos con acuse de recibo de 8 de mayo de 2020. Dentro de dicho trámite, fue presentado escrito por la parte interesada con fecha 19 de mayo siguiente en el que reitera las alegaciones ya efectuadas, señalando que no se cumplieron las medidas de asepsia en la realización de la anestesia.

El Hospital mediante escrito de 3 de junio de 2020, se ratifica en lo ya argumentado en sus informes y escritos.

En fecha 10 de junio de 2020, la Viceconsejera de Asistencia Sanitaria formuló propuesta de resolución, en la que propone desestimar la reclamación por concluir que no hay infracción a la lex artis.

QUINTO.- De conformidad con el artículo 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre en relación con el artículo 5.3 f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, se recabó el correspondiente dictamen preceptivo a la Comisión Jurídica Asesora, emitiéndose en fecha 29 de septiembre de 2020 el Dictamen 526/20, que concluye que: *"Procede estimar parcialmente la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada y reconocer una indemnización de 6.000 euros por la vulneración del derecho a la información de la reclamante."*

A estos Antecedentes de Hecho le son de aplicación los siguientes

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- De la información que contiene el expediente y que en síntesis se ha reflejado en los Antecedentes de Hecho, resulta que el presente procedimiento administrativo tiene por objeto resolver la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por
por la que considera deficiente asistencia sanitaria dispensada en
sustanciándose de conformidad con lo dispuesto en
la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas y en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, del Régimen Jurídico del Sector Público.

SEGUNDO.- La responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, cuyos antecedentes inmediatos vienen recogidos en la Ley de Expropiación Forzosa de 16 de diciembre de 1954 y en el artículo 40 de la Ley de Régimen Jurídico de la Administración del Estado de 26 de julio de 1957, goza hoy del refrendo constitucional en el artículo 106.2 de la Constitución Española, conforme al cual *“los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por 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 de los servicios públicos”*. Su desarrollo legislativo ordinario se encuentra en el Capítulo IV del Título Preliminar de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, del Régimen Jurídico del Sector Público y en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

En dicha normativa se señalan los requisitos que, en concurrencia, configuran la responsabilidad patrimonial, derivando ésta de la lesión producida al particular y entendida como un perjuicio antijurídico que quien lo sufre no tiene el deber de soportar, al no existir causa alguna que lo justifique.

Conforme a la citada normativa y la interpretación que la jurisprudencia viene haciendo de la misma (STS de 14 de julio de 1986, 9 de mayo de 1991, 27 de noviembre de 1993, 29 de enero de 1998 y 9 de marzo de 1998, entre otras), estos requisitos son:

- Lesión o daño en cualquiera de los bienes o derechos del particular afectado.
- Imputación a la Administración de los actos necesariamente productores de la lesión.
- Relación de causalidad entre el hecho o acto administrativo y la lesión, daño o perjuicio.
- Daño que revista los caracteres de efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas.
- Antijuridicidad del daño o lesión.
- Ejercicio de la acción dentro del plazo de un año, contado a partir del hecho que motive la indemnización

Esta configuración legal y jurisprudencial de la responsabilidad patrimonial de la Administración establece como nota característica, su naturaleza de responsabilidad objetiva, lo que supone que *“es indiferente que la actuación administrativa haya sido normal o anormal, bastando para*

**Comunidad
de Madrid**

declararla que como consecuencia directa de ella se haya producido un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado" (STS de 9 de marzo de 1998 y de 21 de julio de 2001). La consecuencia básica de la consideración de la responsabilidad patrimonial de la Administración como objetiva es que no es necesario demostrar que se ha actuado con dolo o culpa, ni que el servicio ha funcionado de manera anormal, siendo suficiente con acreditar la existencia del daño y la oportuna relación de causalidad.

TERCERO.- Esta característica de responsabilidad objetiva, que dentro de la responsabilidad patrimonial en general de la Administración, no tiene más excepciones que las que proceden de la necesidad de valorar la antijuridicidad del daño causado, tiene sustanciales límites en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria por la peculiaridad de dicha Administración, ya que su actividad recae sobre un elemento respecto del que no se puede garantizar efectos favorables en todo caso, pues la enfermedad y la muerte son consustanciales a la propia naturaleza humana. Así, si la actuación de la Administración Sanitaria no puede garantizar siempre un resultado favorable a la salud del paciente, se hace necesario establecer un límite que nos permita diferenciar los casos en que debe responder la Administración de aquellos otros en los que se va a considerar que el daño no es antijurídico y que no procede de la actuación administrativa, sino de la evolución de la patología del enfermo. El criterio básico usado por la jurisprudencia y la doctrina para establecer ese límite a la aplicación rigurosa del carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial y evitar así, el riesgo de llegar a un estado providencialista que convierta a la Administración Sanitaria en una aseguradora universal que responda de cualquier resultado lesivo, es el de la "lex artis".

La existencia de este criterio se basa en el principio sustentado por la jurisprudencia y el Consejo de Estado de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, de manera que los profesionales de la salud están obligados a prestar la atención sanitaria a los enfermos mediante la adopción de cuantas medidas diagnósticas y terapéuticas conozca la ciencia médica y se hallen a su alcance, no comprometiéndose en ningún caso a la obtención de un resultado satisfactorio por ser contrario tanto a la naturaleza humana como a las limitaciones de su arte y de su ciencia, lo que dicho de otra forma significa que la prestación sanitaria debe ser correcta y con arreglo a los conocimientos y prácticas de la ciencia médica, en ese caso se dirá que la actuación se ha ajustado a la "lex artis" y, aun cuando el resultado no haya sido satisfactorio, no nacerá responsabilidad patrimonial alguna.

En este sentido ha declarado el Tribunal Supremo entre otras en las sentencias de 14 de diciembre de 1990, 5 y 8 de febrero de 1991, 10 de mayo y 27 de noviembre de 1993, 9 de marzo de 1998 o 10 de octubre de 2000 que en materia de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria, el título de imputación de dicha responsabilidad viene dado por el carácter inadecuado de la prestación médica dispensada, lo que ocurre cuando *"no se realizan las funciones que las técnicas de salud aconsejan y emplean como usuales, en aplicación de la deontología médica y del sentido común humanitario"*. A lo que hay que añadir su reciente sentencia de 14 de octubre de 2002 en la que proclama que *"la violación de la "lex artis" es imprescindible para decretar la responsabilidad de la Administración, no siendo suficiente la relación de causa a efecto entre la actividad médica y el resultado dañoso, pues el perjuicio acaecido pese al correcto empleo de la "lex artis" implica que el mismo no se ha podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento"*. Dicha violación de la "lex artis", al igual que el nexo causal, corresponde probarla al reclamante.



Comunidad
de Madrid

CUARTO.- Aplicando la doctrina expuesta en los Fundamentos Jurídicos anteriores a este caso, teniendo en cuenta las actuaciones practicadas, los informes y documentos que contiene el expediente y los términos en los cuales ha sido planteada la reclamación, la cuestión de fondo se centra en determinar si, en la asistencia sanitaria objeto de reproche, se produjo una mala praxis médica y, si fue así y concurren los demás elementos necesarios para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial, determinar la cuantía de la indemnización a reconocer.

Para valorar esta cuestión, de conformidad con el artículo 88.6 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, y a los efectos de la resolución de la reclamación interpuesta procede aceptar, a efectos motivadores, el dictamen nº 426/20 emitido "ad hoc" por la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en sesión celebrada el 29 de septiembre de 2020, que obra incorporado al expediente y cuyo tenor literal, tras realizar una exposición de los antecedentes del caso, es el siguiente:

"...QUINTA.- En el caso que nos ocupa, la reclamante considera que fue objeto de una asistencia deficiente en la aplicación de la anestesia epidural durante el parto, el día 2 de marzo de 2018, causándosele un absceso epidural y una infección nosocomial, por la falta de la asepsia debida en el desarrollo de la práctica anestésica. Adicionalmente, reclama por la ausencia del correspondiente consentimiento informado.

Considera que fue dada de alta prematuramente el día 4 de marzo y que fueron inadecuadas la asistencias que recibió en el mismo hospital, los días 7 y 9 de marzo de 2018; al entender que durante la asistencia en la urgencia, el día 7, no se le practicaron las pruebas diagnósticas necesarias para detectar el proceso neuro- infeccioso que padecía y, ofrecerle una pronta solución, siendo objeto de un error diagnóstico, al apreciársele un hematoma epidural.

En la atención del día 9, considera que medió un retraso en el desarrollo de la asistencia, señaladamente en cuanto a la intervención quirúrgica a la que fue sometida, una vez que ya se supo que padecía el absceso, favoreciendo así el agravamiento de sus dolencias.

Adicionalmente y de forma un tanto contradictoria con lo anterior, cuestiona el acierto de la propia intervención, al considerar que la misma se podría haber evitado.

Finalmente, la reclamante también plantea que ha sufrido un daño desproporcionado indemnizable.

En materia probatoria, no cabe obviar que en las reclamaciones de responsabilidad patrimonial por asistencia sanitaria es a la parte reclamante a la que incumbe, como regla general, la carga de la prueba.

Así lo entendió también el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en la Sentencia núm. 1707/2008, de 17 de septiembre, al matizar que "corresponde al reclamante la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia se alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la lex artis médica y que ésta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama" y en la Sentencia de 20 de septiembre de 2016 (recurso 60/2014), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo.



Comunidad
de Madrid

Carlos Sardinero García

ABOGADO

SANTA ENGRACIA, 36 - BAJO B

28010 MADRID

TEL.: 91 686 91 60 / 91 448 96 92

En este caso, la reclamante no ha aportado al procedimiento criterio médico o científico, avalado por profesional competente, que sirva para acreditar técnicamente que en la asistencia que recibió en el proceso anestésico durante el parto, se vulneró la lex artis médica.

Tampoco lo ha hecho así respecto de las actuaciones de los días 7 y 9 de marzo de 2018, más allá de sus amplias explicaciones recogidas en el escrito de reclamación y, en los posteriores de alegaciones.

Frente a ello, los informes de los responsables de los servicios involucrados en su atención, abordan todas las cuestiones controvertidas y ofrecen explicaciones solventes a las pretendidas deficiencias que se plantean, con argumentos que se apoyan en los datos reflejados en la historia clínica y en criterios médicos.

De ese modo, el informe del jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia, de 6 de febrero de 2019, en referencia a la asistencia en el parto y en los dos días siguientes hasta el alta, indica que la sintomatología dolorosa de la paciente en el periné, espalda y zona lumbar, es habitual en esos primeros momentos del puerperio y responde naturalmente al tratamiento analgésico que se pautó a la paciente.

Destaca que, en esos días, no consta ninguna nota de enfermería, ni de facultativos, sobre dolor irradiado a las caderas, inflamación de zona sacra, incontinencia urinaria o estreñimiento y valorada en Urgencias Ginecológicas, el día 7 de marzo, cuando refirió dolor en el sacro, pinchazos a nivel cervical y cefalea, una vez descartada patología ginecológica, se la derivó a las Urgencias Generales, para la valoración de la cervicalgia y lumbalgia.

El Informe del Servicio de Urgencias, se centra en la sintomatología que presentaba la paciente ese día 7 de marzo que, en la exploración física encuentra dolor a la palpación de región paravertebral cervical bilateral con contractura a ese nivel y dificultad para la extensión y lateralización del cuello. A nivel lumbosacro, leve edema regional sin eritema, con pelvis estable y sin complicaciones en punto de punción, ni alteraciones neurovasculares distales o apofisalgias. La paciente tampoco presentaba fiebre.

Consta igualmente que se ofertaron a la paciente pruebas diagnósticas adecuadas al motivo de su consulta (radiografía de columna) y a los hallazgos objetivados en la exploración física realizada y, que la misma los rechazó. Así las cosas, el diagnóstico de contractura cervical y lumbalgia, con tratamiento analgésico y la indicación de acudir a Urgencias en caso de empeorar, resulta adecuado a la sintomatología de la paciente, indicándose en este informe, a modo de conclusión sobre esa asistencia que: "Tras el análisis de la historia clínica realizada por el facultativo del Servicio de Urgencias en dicha fecha, se puede afirmar que no había ningún dato de alerta en ese momento, que hiciera sospechar la existencia de un problema neurológico ni infeccioso en esa valoración y que requiriera otra actitud diagnóstica o terapéutica".

Sobre la asistencia del día 9 el informe del jefe de Servicio hace notar que la paciente, tras llegar a Urgencias a las 4.38 h. derivada por el se atendida en triaje a las 4:41h. Registrándose "déficit neurológico focal", con fuerza disminuida en ambos miembros inferiores. Constando tensión arterial, frecuencia cardíaca y saturación



Comunidad
de Madrid

adecuada, así como ausencia de fiebre, se le asignó una prioridad de atención de nivel 4, "no urgente", según el Sistema Manchester.

Fue valorada por un facultativo a las 5:13 h., reflejándose el nerviosismo de la paciente, la circunstancia de que moviliza espontáneamente las piernas y que no constan datos de impotencia funcional. Se le solicitan pruebas complementarias: analítica de sangre y radiografía de columna y, se le prescribe analgésico y relajante muscular.

A las 7:45 h. se registra nota de evolución clínica de la paciente y, a las 9 h., tras la revisión de la historia clínica y valoración de los resultados de las pruebas complementarias, se cursa interconsulta al Servicio de Neurología, que refleja clínica fluctuante pero progresiva de lumbalgia y acorchamiento en miembros inferiores y genitales, sin distribución radicular, que había progresado en las últimas 48 horas y se había exacerbado en las últimas 12 h. y refleja la presencia de bultoma en región lumbar. El referido Servicio de Neurología solicita resonancia magnética urgente a las 12:47h., siendo informada la prueba a las 13.55h.

Contactado el Servicio de Neurología y, tras su valoración en torno a las 14:45h., tras informar a la paciente y a su familia, se decide someterla a intervención urgente.

El Informe del jefe de Servicio de Anestesiología y Reanimación, de 14 de febrero de 2019, explica las características médicas y el procedimiento de aplicación de la anestesia epidural y, en referencia concreta al supuesto analizado, e indica que la técnica se realizó de forma rutinaria sin ninguna incidencia que destacar, durante todo el proceso de parto y hasta el expulsivo y que, una vez finalizado, se procedió a la retirada del catéter epidural, por parte del personal de enfermería y la paciente paso a planta, sin constancias reseñables hasta el alta.

También explica que en ese servicio se efectuó la valoración preanestésica de la paciente, antes de la cirugía urgente a la que se la sometió el día 9 de marzo.

Finalmente, el Informe del jefe de Servicio de Medicina Preventiva de 14 febrero de 2019, explica que en el hospital existe un protocolo de adecuación de antisépticos, para la preparación de la piel antes de la práctica de una técnica invasiva.

La asepsia de la sala del bloque obstétrico en dónde se realizó el procedimiento anestésico epidural, se adecuó al correspondiente protocolo y presentaba un nivel de bioseguridad ambiental clasificado como "ambiente muy limpio". Los concretos protocolos de bioseguridad aplicables al hospital, a los que alude el informe, se encuentran incorporados al procedimiento.

Por su parte, el informe de la Inspección también resulta muy claro y en referencia a la anestesia epidural indica: "...Es una técnica, en general muy segura, pero como todo procedimiento, está asociada con efectos adversos. Entre las complicaciones se encuentran la cefalea postpunción, la toxicidad sistémica por anestésico local, inadecuada analgesia, bloqueo motor, bloqueo neuroaxial, hematoma epidural, neuropatías postparto, meningitis o absceso epidural y afectación del feto".

Sobre el absceso epidural, considera que es una complicación de esa técnica anestésica, poco frecuente pero muy grave, con una clínica a menudo inespecífica.

También, que la prueba diagnóstica de elección es la RM y el posterior cultivo del agente infeccioso y su tratamiento preferente la terapia antibiótica sistémica y/o drenaje quirúrgico mediante laminectomía. Así indica: "...El absceso epidural es una rara pero importante infección del SNC. Puede ser espinal o intracraneal. El espinal es más frecuente (9/1). Las bacterias pueden llegar al espacio epidural vía hematógena, por extensión desde un tejido contiguo infectado o por inoculación directa en el canal espinal por un procedimiento quirúrgico o anestésico. La colocación de un catéter epidural es un importante factor de riesgo. Se ha publicado una incidencia de absceso epidural tras anestesia neuroaxial desde 1/1.930 a 1/205.000... La clínica es a menudo inespecífica. La tríada diagnóstica consiste en fiebre, dolor de espalda y déficit neurológico (motor, sensitivo o disfunción de intestino o vejiga). Sin embargo solo una pequeña proporción de pacientes tienen los tres componentes...La prueba diagnóstica de elección es la RM de columna porque suele ser positiva tempranamente en el curso de la infección y permite determinar la localización y extensión de los cambios inflamatorios. Una vez localizado es importante determinar el agente etiológico mediante cultivos...El manejo terapéutico consiste en combinación de terapia antibiótica sistémica y/o drenaje quirúrgico mediante laminectomía si procede..."

Es reiterada la doctrina de esta Comisión que reconoce el especial valor de la opinión de la Inspección Sanitaria tal y como reconoce el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, así la sentencia de 16 de marzo de 2017 (recurso 155/2014) recuerda que: "Ha de tenerse en cuenta que, si bien tanto el informe de la Inspección Sanitaria como el resto de los que obran en el expediente administrativo no constituyen prueba pericial en sentido propiamente dicho, sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen también un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del Médico Inspector, y de la coherencia y motivación de su informe".

En cuanto a las quejas sobre el posible retraso diagnóstico y asistencial del absceso epidural, el informe de la Inspección se apoya en los datos de la asistencia de los días 7 y 9 de marzo, diciendo: "...En la atención del día 7/03/18 en Urgencias, el motivo de consulta que recoge la historia es lumbalgia y cervicalgia. No se refieren síntomas como fiebre, dolor radicular o déficit neurológico sensitivo, motor o de esfínteres, ni existen hallazgos en la exploración que hagan sospechar en ese momento el diagnóstico de absceso epidural.

...La historia clínica recoge que la paciente rechazó la realización de pruebas radiológicas que le plantearon los médicos de urgencias que hubieran quizá permitido, en función de los hallazgos, modificar la actitud y acelerar el diagnóstico..."

En cuanto al día 9, el informe de Inspección recalca que: "... la valoración por Neurología figura en la historia como realizada a las 13h, la RM, que es la prueba de elección en estos casos y que permite obtener el diagnóstico, se hace a las 14h y el traslado a quirófano a las 15h, tiempos que parecen razonables para la correcta preparación y organización quirúrgica".

SEXTA.- Considera la reclamante que el absceso epidural resultó de la falta de la necesaria asepsia en el desarrollo de la técnica anestésica, poniendo así en cuestión

medidas de seguridad y salud desarrolladas por el centro hospitalario y, considerando que estamos en presencia de una infección nosocomial.

En este punto hemos de recordar que si bien la carga de la prueba en materia de responsabilidad patrimonial, como ya hemos visto, recae sobre quienes la reclaman según reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo, dicha carga probatoria se puede modular en virtud del principio de facilidad probatoria, y así, la doctrina jurisprudencial ha sentado la inversión de la carga de la prueba en aquellos supuestos en que su práctica es sencilla para la Administración y complicada para el reclamante y requiere una explicación adecuada del evento dañoso para excluir la responsabilidad (sentencias del Tribunal Supremo de 23 de octubre -recurso no 3071/03- de 2 de noviembre de 2007 -recurso no 9309/03- de 7 de julio de 2008 -recurso no 3800/04-, y de 27 de junio de 2008 -recurso no 3768/04-). Desde esta perspectiva, esta Comisión Jurídica Asesora ha venido manteniendo que en los supuestos de infecciones contraídas en el ámbito hospitalario, en razón del principio de facilidad de la prueba, corresponde a la Administración dar una explicación razonable de las medidas adoptadas para prevenir la infección (Dictámenes 546/19, de 19 de diciembre, 126/16, de 26 de mayo y 271/16, de 30 de junio, entre otros).

*En este caso los informes médicos que obran en el procedimiento evidencian que el germen que provocó la infección es el *Staphylococcus aerius*, lo que fue confirmado tras el correspondiente cultivo y han explicado que el origen de la infección puede estar en factores endógenos- la propia piel de la paciente podría ser el reservorio de la bacteria y no conseguir que el antiséptico logre su erradicación completa-, pero también por factores exógenos. En cualquier caso dichos informes han dado una explicación razonable sobre las medidas adoptadas para prevenir la infección, tanto en uno como otro caso.*

Por lo que se refiere a los factores exógenos, el Servicio de Medicina Preventiva del centro hospitalario ha dado una cumplida explicación sobre los procedimientos de bioseguridad ambiental y la asepsia de la sala del bloque obstétrico en el área quirúrgica, donde se practicó la anestesia epidural y, se ha informado sobre las comprobaciones del nivel de la referida bioseguridad existente en el hospital, calificado como "ambiente muy limpio", según la norma UNE 171340.

Como ya tuvo ocasión de pronunciarse esta Comisión Jurídica Asesora en su Dictamen 26/16, de 26 de mayo y en el Dictamen 164/18, de 12 abril, entre otros, hay un porcentaje de infecciones adquiridas en el ámbito hospitalario que no se pueden evitar en el actual estado de la ciencia, por lo que resulta de aplicación el artículo 141.1 de la LRJ-PAC, conforme al cual no son indemnizables los daños derivados de hechos o circunstancias que no hayan podido evitarse según el estado actual de conocimientos de la ciencia al tiempo de producirse. Por ello, aun cuando el contagio se haya producido en el hospital y por tanto podría tratarse de una infección nosocomial, no por ello es un daño antijurídico, al haber quedado acreditado que se adoptaron las medidas profilácticas adecuadas, como recoge la sentencia del Tribunal Supremo de 28 de mayo de 2013, y la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 12 de febrero de 2013 (recurso 1243/2009).

SEPTIMA.- *Como hemos visto en los antecedentes de este dictamen, la reclamante afirma que ha sufrido un daño desproporcionado, indemnizable.*



Comunidad
de Madrid

Carlos Sardinero García

ABOGADO

SANTA ENGRACIA, 36 - BAJO B

28010 MADRID

TEL.: 91 686 91 60 / 91 448 96 92

En este sentido, constituye jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la lex artis y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria. Ahora bien, si esta es la regla general, en determinadas ocasiones la jurisprudencia admite la inversión de la carga de la prueba, como es el caso de que, como consecuencia de la asistencia sanitaria, se haya producido un daño desproporcionado, en el que existe una presunción de prestación sanitaria contraria a la lex artis que corresponde a los servicios médicos destruir mediante la aportación de la pertinente prueba.

La sentencia del Tribunal Supremo de 19 de mayo de 2016 (recurso 2822/2014) resume los requisitos de esta figura de daño desproporcionado tal y como la ha configurado la jurisprudencia contencioso-administrativa:

«La doctrina del daño desproporcionado o "resultado clamoroso" significa lo siguiente:

1º Que el resultado dañoso excede de lo previsible y normal, es decir, no guarda relación o proporción atendiendo a la entidad de la intervención médica pues no hay daño desproporcionado, por ejemplo, si el resultado lesivo es un riesgo inherente a la intervención, pero ha habido una errónea ejecución.

2º El daño desproporcionado implica un efecto dañoso inasumible - por su desproporción- ante lo que cabe esperar de la intervención médica; es, por tanto, un resultado inesperado e inexplicado por la demandada.

3º Ante esa quiebra de lo normal, de lo esperable y lo desproporcionado del efecto dañoso, se presume que el daño es causado por una quiebra de la lex artis por parte de la Administración sanitaria, presunción que puede destruir si prueba que la causa está fuera de su ámbito de actuación, es decir, responde a una causa de fuerza mayor.

4º Por tanto, para que no se le atribuya responsabilidad por daño desproporcionado, desde el principio de facilidad y proximidad probatoria la Administración debe asumir esa carga de probar las circunstancias en que se produjo el daño.

5º De no asumir esa carga, la imprevisibilidad o la anormalidad del daño causado atendiendo a la entidad de la intervención médica es lo que hace que sea antijurídico, sin que pueda pretextarse un caso fortuito, excluyente de la responsabilidad por el daño causado».

En el mismo sentido se pronuncia la Sentencia de la Sala de lo civil del Tribunal Supremo de 30 de abril de 2007 (núm. rec. 1018/2000):

"La existencia de un resultado desproporcionado no determina por sí solo la existencia de responsabilidad del médico, sino la exigencia al mismo de una explicación coherente acerca del porqué de la importante disonancia existente

entre el riesgo inicial que implicaba la actividad médica y la consecuencia producida”.

Sin embargo, en el presente supuesto, conforme se infiere de los diferentes informes obrantes en el expediente, a los que ya se ha hecho suficiente referencia, del análisis de la historia clínica y, tal como indica la Inspección, se ha producido una complicación infrecuente pero muy grave, que se encuentra descrita en la literatura y en el consentimiento informado, en un procedimiento realizado de acuerdo a los protocolos del centro. Una vez aparecida la complicación, esta se ha diagnosticado y tratado correctamente, mediante la combinación de terapia antibiótica sistémica y/o drenaje quirúrgico mediante laminectomía, sin que hayan existido retrasos ni errores en la asistencia.

Todo ello ha quedado suficientemente acreditado por la Administración sanitaria que, en virtud del principio de facilidad probatoria, ha explicado con detalle las circunstancias en que se produjo el daño, sin que en ningún momento haya apelado a la existencia de un caso fortuito y ha descartado que en su producción haya mediado una quiebra de la *lex artis ad hoc*.

SEPTIMA.- Finalmente, debemos analizar la ausencia del consentimiento informado, por la que también se reclama.

En este asunto, debemos partir de que el consentimiento informado supone “la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a la salud” (art. 3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Ley básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, en adelante Ley 41/2002). También es evidente la necesidad de informar sobre posibles riesgos (art. 8.3 Ley 41/2002).

Como es criterio de esta Comisión Jurídica Asesora (siguiendo en este punto la doctrina fijada por el Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid en su Dictamen 483/11, de 14 de septiembre), la Administración sanitaria ha de ser quien pruebe que proporcionó al paciente todas aquellas circunstancias relacionadas con la intervención mientras éste se halle bajo su cuidado, en virtud del principio de facilidad probatoria, ya que se trata de una de sus obligaciones fundamentales, en orden a determinar la suficiencia o insuficiencia de la información y consiguiente formalización del consentimiento o conformidad a la intervención.

El incumplimiento de brindar información suficiente al paciente, y la consiguiente omisión del consentimiento informado, constituyen una mala praxis. Según ha señalado el Tribunal Constitucional (STC 37/2011, de 28 de marzo) “El consentimiento y la información se manifiestan como dos derechos tan estrechamente imbricados que el ejercicio de uno depende de la previa correcta atención del otro, razón por la cual la privación de información no justificada equivale a la limitación o privación del propio derecho a decidir y consentir la actuación médica, afectando así al derecho a la integridad física del que ese consentimiento es manifestación”.

Además, como recuerda la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 31 de enero de 2019 (recurso 290/2017), con cita de la jurisprudencia del Tribunal



Comunidad
de Madrid

Carlos Sardinero García

ABOGADO

SANTA ENGRACIA, 36 - BAJO B

28010 MADRID

TEL.: 91 686 91 60 / 91 448 96 92

Supremo, "no solo puede constituir infracción la omisión completa del consentimiento informado, sino también descuidos parciales".

Así, aunque el consentimiento en el ámbito sanitario debe ser, fundamentalmente de tipo verbal, la Ley 41/2002 establece que en los casos de intervenciones quirúrgicas, así como en procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y/o con riesgo, deberá prestarse de forma escrita (artículo 8.2). El consentimiento por escrito se hará a través de un documento que se caracteriza por incluir, por un lado, una fórmula de autorización que el paciente rubrica con su firma y, por otro, una sección informativa sobre el procedimiento a realizar.

Aunque esta información escrita en ningún caso sustituirá al proceso informativo llevado a cabo con el paciente, es cierto que su existencia misma y contenido es crucial, a la hora de complementar la información verbal del cirujano o facultativo responsable del proceso invasivo que la reclame y, para concretar el ámbito de la autorización del paciente ya que, no en vano, sólo se autoriza aquello sobre lo que se ha sido informado.

En este caso, tal como se indicó al relatar la secuencia de hechos acreditados, a la vista de la historia clínica y demás documentación que obra en este expediente, el informe realizado por la Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia refiere que la administración de la anestesia epidural a la paciente, junto con el consentimiento informado para la misma, consta en el registro digital OvTrace, como aplicada a las 13.54h del 3/02/2018, aunque esta fecha que no coincide con la del parto. Además, en la documentación incluida en el expediente remitido desde el hospital, consta un documento de consentimiento informado con los datos de identificación de la paciente y de la ginecóloga, fechado a 6/02/2018, fecha también diferente a la del parto y además no contiene la firma de ninguna de las dos.

Todas estas discrepancias y omisiones se hicieron notar por la Inspección sanitaria, requiriendo el complemento de la documentación y/o su aclaración. La correspondiente petición se cursó al [redacted], mediante oficio del Servicio de Responsabilidad Patrimonial del SERMAS, sin que se haya procedido a cumplimentar de ninguna forma, ni a dar explicación a estas cuestiones.

A la vista de todo ello, cabe entender que se ha producido una vulneración del derecho de la reclamante a una adecuada información previa a la práctica de la anestesia epidural.

Así pues, esta Comisión considera procedente estimar la reclamación en el indicado punto de la infracción del derecho a la información de la reclamante, sin perjuicio de que la actuación médica en sí misma considerada no sea reprochable desde el punto de vista médico.

En estos casos la valoración de dicho daño es extremadamente complicada por su gran subjetivismo, como hemos señalado reiteradamente [así nuestro Dictamen 165/18, de 12 de abril, en el que se citan las sentencias del Tribunal Supremo de 6 de julio de 2010 (recurso 592/2006) y 23 de marzo de 2011 (recurso 2302/2009)].

En punto a su concreta indemnización, la Sentencia de 11 de mayo de 2016 de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, (P.O.

Comunidad
de Madrid

1018/2013), resalta la dificultad de cuantificar ese daño moral, y señala que la cuantía debe fijarse "de un modo estimativo atendiendo a las circunstancias concurrentes, sin que, ni siquiera con carácter orientativo, proceda fijar la cuantía de la indemnización con base en módulos objetivos o tablas indemnizatorias como las contempladas en las resoluciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones".

Por ello, esta Comisión, como en dictámenes anteriores, valora el daño ocasionado por la falta de información suficiente con carácter previo a la administración de la anestesia epidural en 6.000 euros.

En mérito a cuanto antecede, la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede estimar parcialmente la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada y reconocer una indemnización de 6.000 euros por la vulneración del derecho a la información de la reclamante."

Al amparo de la anterior fundamentación y en virtud de las atribuciones conferidas por el artículo 55.2 de la Ley 1/1983, de 13 de diciembre, de Gobierno y Administración de la Comunidad de Madrid, de acuerdo con el precitado Dictamen de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, previamente referido e incorporado al expediente, y vistos los preceptos legales citados y demás normativa de general y pertinente aplicación,

RESUELVO

ESTIMAR PARCIALMENTE la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por D^a [REDACTED] reconociendo una indemnización por importe total **6.000€**.
(RP 438/20- SIPARP)

Se le significa que la Orden objeto de la presente Notificación, pone fin a la vía administrativa, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 114.1.e) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, en relación con el artículo 53.1.d) de la Ley 1/1983, de 3 de diciembre, de Gobierno y Administración de la Comunidad de Madrid; y contra la misma cabe interponer con carácter potestativo recurso de reposición ante el Consejero de Sanidad, en el plazo de un mes, o ser impugnada directamente mediante recurso contencioso-administrativo ante los Juzgados de lo Contencioso-Administrativo de Madrid si la cuantía de la reclamación no excede de 30.050 euros, o ante la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid en caso contrario, en el plazo de dos meses, contados ambos plazos a partir del día siguiente a la recepción de la presente notificación, a tenor de lo dispuesto en los artículos 123 y 124 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas y en los artículos 8, 10 y 46.1 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, Reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa. Todo ello, sin perjuicio de poder ejercitar cualquier otro recurso que estime procedente.



**Comunidad
de Madrid**

Carlos Sardinero García

ABOGADO

SANTA ENGRACIA, 36 - BAJO B

28010 MADRID

TEL.: 91 686 91 60 / 91 448 96 92

En el supuesto de que se hubiese interpuesto recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta por silencio administrativo de la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada, de conformidad con el artículo 36.4 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, podrá desistir del recurso contencioso-administrativo interpuesto o solicitar su ampliación a la presente Orden por la que se resuelve de forma expresa la reclamación formulada.

EL SECRETARIO GENERAL TÉCNICO

Firmado digitalmente por:

Fecha: 2021.02.10 10:33

DESTINATARIOS:

- **D. CARLOS SARDINERO GARCÍA** en representación de D^a :
- **Servicio Madrileño de Salud.**