

AW

**Tribunal Superior de Justicia de Madrid**  
Sala de lo Contencioso-Administrativo  
**Sección Décima**  
C/ Génova, 10 , Planta 2 - 28004  
33009750  
NIG: 28.079.00.3-2013/0020410



(01) 30594376211

**Procedimiento Ordinario 790/2013**

**Demandante:** D./Dña. T A H  
PROCURADOR D./Dña. LUIS PIDAL ALLENDESALAZAR

**Demandado:** COMUNIDAD DE MADRID  
LETRADO DE COMUNIDAD AUTÓNOMA

F J D  
PROCURADOR D./Dña. ADELA CANO LANTERO

**SENTENCIA Nº 299/2016**

Presidente:

**D./Dña. M<sup>a</sup> DEL CAMINO VÁZQUEZ CASTELLANOS**

Magistrados:

**D./Dña. MIGUEL ANGEL GARCÍA ALONSO**

**D./Dña. RAFAEL VILLAFANEZ GALLEGO**

**D./Dña. ANA RUFZ REY**

En la Villa de Madrid a quince de junio de dos mil dieciséis.

La Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Madrid , ha visto el recurso n.º 790/2013 interpuesto por el Procurador D. LUIS PIDAL ALLENDESALAZAR, en representación de D. T A H , contra la resolución presunta de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid por la desestimaba la solicitud de reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por la recurrente en fecha 29/12/11, siendo parte demandada la Comunidad Autónoma de Madrid y la Fundación Jiménez Díaz

estando representada por la Procuradora D<sup>a</sup> Adela Cano Lantero . Ha sido ponente el Ilmo. Sr. Don Rafael Villafáñez Gallego, que expresa el parecer de la Sala.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Admitido el recurso, previos los oportunos trámites procedimentales, se confirió traslado a la parte actora para que formalizara la demanda, lo que llevó a efecto mediante el pertinente escrito en el que, tras exponer los hechos y fundamentos de derecho que estimó oportunos, terminó solicitando que se dictara sentencia estimatoria del recurso, con imposición de costas a la Administración demandada.

**SEGUNDO.-** Formalizada la demanda, se dio traslado de la misma a la parte demandada para que la contestara en el plazo legalmente establecido para ello, lo que realizó mediante el correspondiente escrito, alegando los hechos y fundamentos jurídicos que estimó pertinentes y solicitando la desestimación del recurso.

**TERCERO.-** Concluida la tramitación, se señaló para deliberación y fallo del recurso el día 25/05/2016 .

Ha sido ponente el Ilustrísimo Magistrado D. Rafael Villafáñez Gallego, quien expresa el parecer de la sección.

### **FUNDAMENTOS DE DERECHO**

**PRIMERO.-** D. T. A. H. recurre la Resolución de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, de fecha 19 de noviembre de 2013, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad formulada por el recurrente como consecuencia de los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria recibida en el Hospital Fundación Jiménez Díaz y en el Centro de Salud Valdezarza-Sur.

**SEGUNDO.-** La parte actora, en el suplico de la demanda, solicita que la Sala “dicte sentencia en la que estimando la pretensión ejercitada declare la responsabilidad de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid demandada y la condene a indemnizar a mi representado por el daño producido en su persona”.

La demanda expone un triple fundamento de la reclamación: primero, un error de diagnóstico en la intervención de vesícula a la que se sometió el 11 de febrero de 2011; segundo, defectos en el consentimiento informado relativo a dicha intervención quirúrgica; y tercero, una defectuosa asistencia sanitaria por parte de la Médico de Atención Primaria que le atendió desde el 11 hasta el 22 de febrero de 2011.

Sin embargo, la propia demanda, en el expositivo Cuarto de lo que denomina “ampliación de la solicitud de iniciación de procedimiento administrativo en reclamación patrimonial” formula un nuevo relato de los hechos que no considera adecuados a la correcta praxis médica. Por su interés para la resolución del presente pleito, procederemos a la transcripción literal de esta apartado de la demanda:

*“A las 48 horas del alta, fiebre de 40º grados y mal estado general tratado por el Médico de Atención primaria hasta el 21-02-11.*

*Dicho Médico de Atención Primaria (MAP) no siguió el protocolo establecido en cuanto a la derivación del paciente al centro hospitalario de referencia donde había sido intervenido 48 horas antes y en cuyo servicio cuentan con los medios diagnósticos*

*diferenciales adecuados para establecer un diagnóstico de certeza de los picos febriles de hasta 40º grados, el malestar general y el dolor abdominal.*

*Esta parte considera que en los 10 días transcurridos desde el alta y el posterior ingreso en Urgencias del Hospital está la base de la mala actuación como lo demostró el pésimo estado en que estaba el paciente que desde la urgencia necesitó ingreso en UVI con intubación inmediata.*

*Por dicho motivo esta parte viene a reiterarse en el resumen de los hechos acreditados documentalmente en el expediente en cuanto a la actuación profesional del Médico de Atención Primaria (MAP).*

*Aunque en la reclamación patrimonial arriba referenciada se pone en duda la existencia de cálculos biliares, tras estudio riguroso de la historia clínica por especialista esta nada tiene que reclamar en cuanto a la cirugía programada que venimos a considerar indicada así como en principio el método de abordaje.*

*Que el estudio histológico del órgano extirpado de fecha 7 de junio de 2011 indique no contiene cálculos no es demostrativo en modo alguno de la inexistencia de dicha patología, puesto que los cálculos no se consideran material para un estudio anatómico-patológico donde lo fundamental es el órgano (vesícula biliar).*

*Por todo ello esta parte solicita la modificación específica de dicho apartado en su reclamación patrimonial.*

*Esta parte considera que existe una relación causal directa entre la pérdida de oportunidad en el tratamiento adecuado que motivó el pésimo estado en que se encontraba el paciente cuando acudió al Servicio de Urgencias de su hospital de referencia.*

*Hay que recordar que el paciente ingresó directamente en la UVI dada su situación de fallo multiorgánico por sepsis.*

*Por dicho motivo se produjeron las sucesivas y extremadamente graves complicaciones que, desencadenaron la isquemia de los miembros inferiores que terminaron en amputación.*

*Por lo tanto esta parte considera que la vulneración de la Lex Artis Ad Hoc y vulneración de los protocolos de derivación de pacientes por el Médico de Atención primaria fueron la causa fundamental de la pérdida de oportunidad terapéutica en el paciente y, el desarrollo sin diagnóstico y sin control de la sepsia abdominal que sufría y, el gravísimo estado con el que documentalmente consta que llegó a la Fundación Jiménez Díaz”.*

Posteriormente, la demanda identifica la causa de los daños en los siguientes términos:

*“Se ha producido en este caso una clara negligencia en la actuación del SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SU CENTRO DE SALUD DE REFERENCIA, en cuanto a la pérdida de oportunidad terapéutica en el paciente, y el desarrollo sin diagnóstico y sin control de la sepsis abdominal que sufría y, el gravísimo estado con el que documentalmente consta que llegó a la Fundación Jiménez Díaz, y en cuánto a permitir que se produzcan los hechos relatados, y que han sido determinados previamente, mediante una actuación grosera, según la lex artis ad hoc, en una clara relación causal entre la deficiente actuación y el resultado dañoso.*

*El resultado de la amputación en los miembros inferiores en la persona de DON T. A. H., es desproporcionado a la edad y la evolución de su situación física de haber recibido tratamiento adecuado y haber sido convenientemente abordado en su momento, lo cual revela claramente la penuria negligente de medios empleados, según el estado de la ciencia y el descuido en su conveniente y diligente utilización, según la regla res ipsa loquitur”.*

En cuanto a la cantidad solicitada como indemnización de daños y perjuicios, la misma asciende a 751.255,57 euros, resultado de sumar la máxima indemnización por lesiones permanentes correspondiente a su edad (279.033 euros), el 25% de factor de corrección por perjuicios económicos (69.758,25 euros), el daño moral (90.705,42 euros), la incapacidad temporal y el 25% de factor de corrección por perjuicios económicos aplicado sobre la misma (24.325,26 euros), la incapacidad permanente absoluta (181.410,84 euros), gastos necesarios para su movilidad (54.817,36 euros), gastos necesarios para adaptar su vivienda habitual (9.997,44 euros) y gastos necesarios para comprar un vehículo nuevo adaptado (11.208 euros).

Inicialmente se reclamó también por los daños morales causados a los padres, hijo y pareja, si bien posteriormente la parte actora desistió de dicha solicitud.

**TERCERO.-** La Comunidad de Madrid, por su parte, solicita que se dicte sentencia “*en los términos de nuestro escrito de contestación*”.

Términos que, en síntesis, se cuatro puntos esenciales:

Primero, que los gastos en concepto de movilidad “*deben ser reclamados en la jurisdicción social por ser una reclamación de prestación de seguridad social, según sentencia del Tribunal Supremo de 18.09.2000*”.

Segundo, que al haberle indicado la Médico de Atención Primaria al paciente que, si la fiebre persistía, acudiera a urgencias, la responsabilidad por la evolución subsiguiente correspondería a este último, por no haber seguido dichas indicaciones.

Tercero, que el documento de consentimiento informado previo a la colecistectomía que fue firmado por el paciente el día 22 de diciembre de 2010 advertía de la existencia de posibles complicaciones en la técnica quirúrgica, tales como sangrado o infección intraabdominal, fistula intestinal, colangitis, ictericia, pancreatitis y coledocolitiasis, haciendo constar que este tipo de complicaciones podían llegar a requerir de una

intervención, incluso de urgencia, y excepcionalmente podía llegar a producir incluso la muerte.

Y cuarto, que la indemnización reclamada es excesiva. Particularmente, en relación a la suma de los puntos por secuelas, a los días improductivos, a lo solicitado por invalidez permanente absoluta y a que, si se reclama una “pérdida de oportunidad”, la indemnización debe calcularse en un porcentaje.

**CUARTO.-** La Fundación Jiménez Díaz, por su parte, solicita que “*se dicte sentencia por la que se desestime el recurso, confirmando la resolución impugnada por ser conforme a Derecho*”.

La oposición, en su caso, descansa en los tres siguientes puntos:

Primero, que al amparo del art. 9.4 de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial y para el caso de que fuera estimada total o parcialmente la demanda, ningún pronunciamiento cabría realizar contra la misma, y ello sin perjuicio del derecho de repetición que tuviera en su caso la Administración demandada contra la misma.

Segundo, que no existe relación causal entre la asistencia médica y el daño alegado, al haberse ajustado aquella a la *lex artis*.

Y tercero, que existe un exceso en las cantidades reclamadas, pues no la parte actora no tiene en consideración los baremos que jurisprudencialmente se aplican partiendo de la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión del Seguro Privado.

**QUINTO.-** Como hemos expuesto, la demanda discrepa de la corrección de la asistencia sanitaria prestada en diversos aspectos. Hemos de decir, además, que su lectura no nos permite identificar nítidamente si en el proceso se mantienen todas esas deficiencias como fundamento de la reclamación, o solo alguna o algunas de ellas.

Por tanto, con carácter previo, se impone delimitar el ámbito de la controversia.

Al proceder así, entendemos que aquella debe quedar circunscrita a dos extremos: el defecto en el consentimiento informado, por una parte, y la asistencia sanitaria prestada por la Médico de Atención Primaria durante los días 11 a 22 de febrero de 2011, por otra.

Respecto a la indicación de la colecistectomía, en cambio, debe descartarse su examen como fundamento de las pretensiones ejercitadas por la actora pues esta misma indica en su demanda que *“aunque en la reclamación patrimonial arriba referenciada se pone en duda la existencia de cálculos biliares, tras estudio riguroso de la historia clínica por especialista esta nada tiene que reclamar en cuanto a la cirugía programada que venimos a considerar indicada así como en principio el método de abordaje”*. A similar conclusión llega, por otra parte, la actividad administrativa impugnada, pues la resolución afirma en su Fundamento de Derecho Quinto, *in fine*, *“el propio reclamante tras el análisis de la documentación obrante en el expediente, reconoce la idoneidad de la intervención quirúrgica, retirando el reproche formulado al respecto, en su escrito de 2 de julio de 2013”*.

**SEXTO.-** También con carácter preliminar debemos proceder a resolver la cuestión planteada por la Comunidad de Madrid acerca de la improcedencia de reclamar en este orden jurisdiccional por gastos relacionados con la movilidad, al tratarse de prestaciones de Seguridad Social (art. 69.a) de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa).

La Administración demandada invoca, como fundamento de dicha causa de inadmisibilidad, el contenido de la sentencia de la Sala Tercera del Tribunal Supremo de 18 de septiembre de 2000 (Sec. 4ª, recurso nº 7831/1994, Ponente D. Rafael Fernández Montalvo, Roj STS 6483/2000).

En tal resolución, sin embargo, se aborda una cuestión diferente a la aquí enjuiciada. En efecto, en el Fundamento Jurídico Quinto, primer párrafo, el Tribunal Supremo

individualiza el acto sometido a revisión jurisdiccional: *“El acto originariamente impugnado en instancia se refería a la determinación de si correspondía o no a TESA, como empresa colaboradora en la asistencia sanitaria de la Seguridad Social (art. 208 LGSS), asumir determinadas prestaciones relativas a "prótesis quirúrgicas y ortopédicas y vehículos para sus trabajadores beneficiarios que los precisen".* Y, más adelante, en el párrafo tercero, la sentencia centra el debate en los siguientes términos: *“La cuestión en litigio afecta a la distribución de responsabilidades de prestaciones entre entidades que participan en el aseguramiento (...)*”.

Sin embargo, en el presente caso, nos encontramos ante la impugnación de la resolución expresa desestimatoria de una reclamación de responsabilidad patrimonial formulada como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida por el interesado. Entre las partidas que conforman la indemnización reclamada, el recurrente incluye los *“gastos necesarios para su movilidad dada su nueva situación física”*, comprendiendo conceptos tales como, por ejemplo, la adquisición de una silla de ruedas o de prótesis.

Es evidente, por tanto, que lo anterior nada tiene que ver con el asunto resuelto por el Tribunal Supremo en el caso citado. Estamos ante una actividad administrativa fiscalizable por esta jurisdicción y respecto de la que la pretensión indemnizatoria comprensiva de los gastos por movilidad guarda una plena coherencia lógico-jurídica. Cuestión distinta es que proceda el abono de la suma reclamada por este concepto, aspecto que solo deberá ventilarse tras reconocer que existe responsabilidad patrimonial de la Administración demandada por los hechos enjuiciados. Pero ello presupone, naturalmente, que la pretensión es admisible.

No ha lugar, en consecuencia, a acoger la causa de inadmisibilidad opuesta por la Comunidad de Madrid.

**SÉPTIMO.-** Pasando al examen del fondo del asunto, y dado que en la resolución administrativa impugnada se abordan conjuntamente las dos cuestiones controvertidas, como

son el consentimiento informado y la adecuación a la *lex artis* de la asistencia prestada en Atención Primaria, procederemos a transcribir las razones en que se apoya la Administración para descartar su viabilidad en el presente caso. En concreto, en el Fundamento de Derecho Sexto, leemos lo siguiente:

*“SEXTO.- Por lo tanto la cuestión se centra en determinar si la actuación de los profesionales sanitarios que atendieron al paciente tras la intervención quirúrgica fuer adecuada y conforme a las *lex artis ad hoc* o si por el contrario se incurrió en mala praxis profesional.*

*En este orden pasamos a reproducir lo concluido por el Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid en su Dictamen 506/13, de 23 de octubre de 2013, por entenderlo plenamente ajustado a derecho y fundamento jurídico de la presente orden, así pues se indica que:*

*“... el informe de la médico actuante, de 9 de febrero de 2012, apunta a que el paciente acudió a su consulta a los cinco días de la colecistectomía, refiriendo como sintomatología un episodio febril con reacción cutánea en las últimas 24 horas, sin ninguna otra sintomatología. Ante ello, la médico remitió al tratamiento antitérmico pautado en el alta hospitalaria en cirugía.*

*Asimismo, hace constar la facultativa que, al día siguiente, contactó telefónicamente con el paciente que, según le señaló, había tenido fiebre durante la noche pero presentaba mejoría del eritema. En este punto, resulta fundamental el relato de la médico de Atención Primaria, que refiere haber señalado expresamente al paciente que, si la fiebre persistía, debería acudir a Urgencias. De ser así, parece obvio que la responsabilidad sobre la evolución subsiguiente, más que poder imputarse a Atención Primaria, correspondería al mismo paciente, por no haber seguido las indicaciones que se le venían haciendo desde el Centro de Salud. Y, ciertamente, el historial médico del paciente permite apreciar, al folio*

197 del expediente administrativo, que, en efecto, le hizo dicha recomendación. En atención a ello, no parece que deba ponerse en entredicho el resto de indicaciones de su informe, en que refleja que el 18 de febrero advirtió al paciente de nuevo sobre la conveniencia de ir a Urgencias, y que lo hiciera ante cualquier síntoma de empeoramiento clínico, incluida la repetición del proceso febril.

Por otra parte, no parece que la médico actuara con indiferencia para con la situación del paciente, cuando el día 21 de febrero solicitó una radiografía de tórax urgente (que se realiza esa misma tarde) y una analítica y el día 22, se volvió a poner en contacto con el reclamante principal y, al manifestar éste empeoramiento clínico y tos, le hizo el volante para acudir a Urgencias.

En definitiva, las desgraciadas consecuencias del proceso asistencial sobre la salud del paciente no permiten orillar la necesaria consideración de la medicina curativa como una obligación de medios, y no de resultado (STS de 14/06/2012, RC 2294/11). En dicho sentido, señalan las Sentencias del Tribunal Supremo de 20 de marzo de 2007 (RC 7915/2003) y de 29 de junio de 2011 (RC 2950/2007) 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”.

Debemos tener en cuenta que salvo lo afirmado por el reclamante no existen datos objetivos que permitan fundamentar sus afirmaciones sobre la falta de asistencia sanitaria y la omisión de asistencia por la Médico de Atención Primaria que le atendió en contra de lo recogido en la historia clínica del paciente.

*Además conviene recordar que la Medicina es una ciencia garante de medios nunca de resultados por lo que aun poniendo a disposición de los pacientes los medios y los conocimientos existentes en cada momento puede que ni se alcancen los resultados deseados, es por ello que resulta esencial informar a los pacientes de los posibles riesgos y complicaciones derivados de las intervenciones quirúrgicas a las que van a someterse.*

*El derecho a la información de los pacientes viene reconocido por el artículo 4 de la Ley 41/2002, de 14 de diciembre, básica reguladora de la autonomía del paciente, dándose cumplimiento de ello mediante la entrega del documento de Consentimiento Informado, en el que se informa a los pacientes de las características de la intervención a la que van a someterse, los posibles riesgos y complicaciones y las alternativas de tratamiento existentes.*

*En el presente caso consta el documento de consentimiento informado previo a la colecistectomía firmado por el paciente el 22 de diciembre de 2010, advertía de la existencia de posibles complicaciones en la técnica quirúrgica, tales como sangrado o infección intraabdominal, fistula intestinal, colangitis, ictericia, pancreatitis y coledocolitiasis, y hacía constar que este tipo de complicaciones podían llegar a requerir de una reintervención, incluso de urgencia, y excepcionalmente podía llegar a producir incluso la muerte.*

*Es cierto que el hecho de que se mencionen las posibles complicaciones en el documento de Consentimiento Informado no es suficiente para exonerar de responsabilidad a los profesionales sanitarios pero tampoco para imputársela, de manera que debe probarse por la reclamante que las lesiones y complicaciones sufridas fueron causadas por una mala praxis médica en el desarrollo de la intervención quirúrgica.*

*Es por ello que sin aportarse prueba alguna acreditativa de la impericia de los profesionales sanitarios que atendieron al paciente y constando en la Historia Clínica del paciente, ratificándolo la propia Médico de Atención Primaria que atendió al paciente en su*

*informe, sin prueba en contrario del reclamante, se debe entender que su actuación ha sido correcta y adecuada a la "lex artis ad hoc".*

**OCTAVO.-** Por lo que se refiere al consentimiento informado, a fin de contextualizar el ámbito de la decisión, recordaremos la doctrina jurisprudencial sobre esta cuestión, tal y como se recoge, por citar una de las más recientes, en la sentencia de 26 de mayo de 2015 (Sec. 4ª, Recurso: 2548/2013, Ponente D. Jesús Cudero Blas, Roj: STS 2316/2015, FJ 4):

*"Como se sigue de los artículos 3 , 4 y 8 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre , reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en la definición del consentimiento informado se comprende "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 su salud" , consentimiento que ha de ser escrito en los casos de intervenciones quirúrgicas y bien entendido que la información que ha de proporcionarse al paciente ha de consistir en " la finalidad y naturaleza de la intervención, sus riesgos y sus consecuencias ".*

*Sobre la falta o ausencia del consentimiento informado, este Tribunal ha tenido ocasión de recordar con reiteración que " tal vulneración del derecho a un consentimiento informado constituye en sí misma o por sí sola una infracción de la lex artis ad hoc, que lesiona su derecho de autodeterminación al impedirle elegir con conocimiento, y de acuerdo con sus propios intereses y preferencias, entre las diversas opciones vitales que se le presentan". De esta forma, " causa, pues, un daño moral, cuya indemnización no depende de que el acto médico en sí mismo se acomodara o dejara de acomodarse a la praxis médica, sino de la relación causal existente entre ese acto y el resultado dañoso o perjudicial que aqueja al paciente; o, dicho en otras palabras, que el incumplimiento de*

*aquellos deberes de información solo deviene irrelevante y no da por tanto derecho a indemnización cuando ese resultado dañoso o perjudicial no tiene su causa en el acto médico o asistencia sanitaria ( sentencias de 2 octubre 2012, recurso de casación núm. 3925/2011 o de 20 de noviembre de 2012, recurso de casación núm. 4598/2011 , con cita en ambos casos de numerosos pronunciamientos anteriores) ”.*

**NOVENO.-** Descendiendo al caso concreto, frente a la motivación consignada en el acto impugnado, la demandante mantiene en su demanda que *“no fue informado de los riesgos de la intervención a la que iba a ser sometido (...) se le planteó como una operación simple, rápida y sin complicaciones cuando, sin embargo, como consecuencia de la misma, entre otras cosas, se le han amputado ambas piernas hasta la rodilla y tiene que llevar una prótesis valvular en el corazón”.*

En este sentido, el propio informe pericial aportado por la actora y elaborado por el Dr. Modesto Trinchet Hernández, Especialista de Cirugía General y Aparato Digestivo, reconoce que: *“La práctica de una TAC urgente en la UCI a su llegada al Hospital, diagnosticó un absceso intraabdominal que dado el estado del paciente de suma gravedad (gran disnea) no permitió su drenaje por vía percutánea (radiología intervencionista) hasta el 4-3-11. Las sucesivas complicaciones incluida la endocarditis y la isquemia de los miembros inferiores (que obligó a la amputación de ambos), fueron consecuencia del estado del paciente al ingreso en urgencias con el cuadro de un shock evolucionado por un manifiesto retraso diagnóstico” -pág. 9-.*

Pues bien, las afirmaciones del recurrente contrastan con el documento de consentimiento informado *“para resección hepática por cirugía laparoscópica”*, obrante a los folios 713-714 del expediente administrativo, en el que puede comprobarse que el paciente fue efectivamente informado, entre otros posibles riesgos, del de *“infección intraabdominal”* entre los considerados *“poco frecuente y graves”*. Además, dicha

advertencia se complementaba con la siguiente información: *“En la mayoría de los casos estas complicaciones se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) y, a veces se precisa la realización de otras pruebas (CPRE y/o drenaje), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte”* –folio 713 del expediente administrativo.-. El documento finalizaba con una declaración adicional del recurrente en la que expresamente reconocía lo siguiente: *“Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas”* –folio 714 ibíd.-

En estas condiciones, no podemos compartir la tesis de la parte actora de que fuera informada de una cirugía sin complicaciones. El documento de consentimiento analizado demuestra, en nuestra opinión, que el recurrente era conocedor, antes de someterse a la intervención quirúrgica, de los riesgos que afrontaba con la misma. Algunos de ellos eran de tal gravedad que podían acarrear incluso la muerte y, entre los mismos, se incluía de modo expreso el de *“infección intraabdominal”* que el recurrente padeció a resultas de la operación.

Que no se mencionara específicamente el riesgo de endocarditis o el de amputación de ambas piernas no es un dato revelador de un defecto del documento de consentimiento informado, pues se trata de complicaciones derivadas del cuadro de shock evolucionado, como reconoce el perito de la parte actora, y no de la intervención quirúrgica en sí misma considerada. La información facilitada cumple, por tanto, el requisito de suficiencia de la información, a que se refiere el art. 8.3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

En conclusión, la información existió y fue válida y suficientemente prestada al paciente, por lo que la demanda no puede prosperar en este punto.

**DÉCIMO.-** El otro aspecto que debe ser analizado es la adecuación a la *lex artis* de la asistencia sanitaria prestada en el Centro de Salud Valdezarza-Sur.

Pues bien, también en este ámbito debemos proceder previamente a centrar la cuestión litigiosa por referencia a la doctrina contenida en la reciente sentencia del Tribunal Supremo de 19 de mayo de 2015 (Sec. 4ª, Recurso: 4397/2010, Ponente D. Jesús Cudero Blas, Roj: STS 2494/2015, FJ 5), en la que se viene a sostener que:

*“En relación con la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, ha señalado este Tribunal con reiteración (por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012, dictada en el recurso de casación núm. 4229/2011 , y 4 de julio de 2013, recaída en el recurso de casación núm. 2187/2010 ) que " no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente ", por lo que " si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis , no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido" ya que " la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados ".*

*Constituye también 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, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, hemos señalado ( sentencias de 2 de enero de 2012, recaída en el recurso de casación núm. 3156/2010 , y de 27 de abril de 2015, recurso de casación núm. 2114/2013 ) que, en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales " puede tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido ", cabe entender conculcada la lex artis , pues al no proporcionarle a los recurrentes esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal".*

**UNDÉCIMO.-** *Trasladando la anterior doctrina al presente caso, encontramos sintetizada la infracción que se imputa a la actuación de la Médico de Atención Primaria que asistió al paciente en los siguientes términos: "Se ha producido en este caso una clara negligencia en la actuación del Servicio de Atención primaria de su Centro de Salud de referencia, en cuanto a la pérdida de oportunidad terapéutica en el paciente, y el desarrollo sin diagnóstico y sin control de la sepsis abdominal que sufría y, el gravísimo estado con el que documentalmente consta que llegó a la Fundación Jiménez Díaz, y en cuanto a permitir que se produzcan los hechos relatados, y que han sido determinados previamente, mediante una actuación grosera, según la lex artis ad hoc, en una clara relación causal entre la deficiente actuación y el resultado dañoso".*

En relación a este extremo, como hemos visto, la resolución administrativa impugnada basa la desestimación en el dictamen del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid y en la consideración que le merece a este el resultado de la asistencia sanitaria controvertida que refleja el informe de la Médico de Atención Primaria obrante al folio 191 del expediente administrativo.

Sobre esta cuestión se ha practicado prueba pericial en el proceso. Junto al resultado de esta prueba, al que ahora haremos referencia, consideramos que también debe ser valorado, por su relevancia, el informe de la Inspección Médica que consta a los folios 1916-1921 del expediente administrativo.

En una aproximación general, estos medios de prueba y elementos de convicción divergen en sus conclusiones. Así, por una parte, el informe de la Inspección Médica y el dictamen pericial aportado por la Fundación Jiménez Díaz consideran que la asistencia sanitaria ha sido correcta. En cambio, el informe del Dr. Trinchet Hernández, al que ya se hizo alusión, y el elaborado por perito designado judicialmente discrepan de tal conclusión y sostienen que se ha infringido la *lex artis*. A continuación, expondremos con cierto detalle los puntos fundamentales de cada uno de dichos informes y, seguidamente, procederemos a su valoración.

Así, el informe de la Inspección Médica, en primer lugar, emite el siguiente juicio crítico:

*“(...) Intervenido el 11-2-2011 se siguieron todas las pautas establecidas para este tipo de operaciones, poniendo la cobertura antibiótica previa, lo cual no garantiza que el paciente no pueda hacer una complicación infecciosa posterior, como viene recogido en el consentimiento informado firmado el 22-12-10.*

*El seguimiento realizado en atención primaria tras la intervención quirúrgica del 11-2-11 es adecuado, incluso con llamada a domicilio (16-2-11), recomendando asistir a urgencias si persistía la fiebre el fin de semana. Si el paciente no acudió al centro hospitalario en este intervalo de tiempo es de suponer que se sentía mejor, no pudiendo responsabilizar a los profesionales sanitarios por falta de celo o desatención, ya que el propio enfermo debió actuar de forma más resolutiva ante la persistencia de los síntomas,*

*pero él mismo reconoce cierta mejoría que enmascaró el problema de salud existente y que desembocó en un cuadro mucho más grave” –folio 1920 del expediente administrativo-.*

Con base en lo anterior, la Inspección Médica concluye que *“la asistencia prestada a D. T. A. H. fue básicamente correcta” –f. 1921 ibíd.-.*

En segundo lugar, también se pronuncia en parecidos términos la prueba pericial aportada por la Fundación Jiménez Díaz, elaborada por los Dres. José Manuel Infante García, Alberto Clerigue Lozano y Benjamín Díaz Zorita Aguilar, Especialistas en Cirugía General y Digestivo, y por el Dr. José Manuel Ollero Caprani, Especialista en Cirugía General. Así, en sus conclusiones, estos peritos sostienen que *“todos los profesionales que trataron al paciente lo hicieron de manera correcta y de acuerdo con la lex artis” –pág. 14 del dictamen-.*

Concretamente, en lo que se refiere a Atención Primaria, esta conclusión se basa en las siguientes consideraciones médicas:

*“El paciente pasó a control de su MAP.*

*-A las 48 horas acude a consulta del MAP, refiriendo fiebre elevada de hasta 40 grados, que remite con paracetamol, se le añade ibuprofeno. No hay constancia que refiriera ninguna otra patología, por lo que si no persiste en el tiempo no estaría indicado la toma de antibióticos de amplio espectro. Se trataría de un acceso de fiebre a las 72 horas de una cirugía de vesícula sin complicaciones durante la misma. Esta actitud del MAP hay que considerarla correcta.*

*-La segunda vez que acude a la consulta del MAP es a la semana de la cirugía. En esta ocasión acude para la retirada de puntos. El MAP acude a la sala de curas y el paciente afirma encontrarse bien, realizando vida normal. Refiere febrícula. La actitud de seguir con el mismo tratamiento es correcta.*

*-En la tercera ocasión que acude a la consulta el paciente aqueja fiebre y tos seca. En este caso la solicitud de analítica + pruebas de imagen es correcto así como iniciar tratamiento empírico con antibióticos.*

*-A las 24 horas ingresa en la urgencia de la FHJD, por un cuadro compatible con sepsis y signos de estabilidad hemodinámica.*

*Entre las causas que se barajaron como responsables de la misma, tras la realización de las oportunas pruebas diagnósticas fueron un pequeño absceso intrahepático, posiblemente por colangitis y una endocarditis con verruga séptica en la válvula mitral”- págs. 8-9 del dictamen-.*

Frente a lo anterior, y en tercer lugar, el Dr. Trinchet Hernández afirma su informe que *“hubo una vulneración de la lex artis por manifiesto retraso diagnóstico del shock séptico de origen abdominal durante el seguimiento del paciente en el Centro de Salud”* – pág. 11 del informe-.

Conclusión que, entre otras, se apoya en las siguientes consideraciones:

*“La presencia de fiebre alta (40º), siempre debe hacer sospechar un cuadro infeccioso en el postoperatorio y como primera y principal medida a tomar será la práctica de un hemograma y cultivo de orina y también una Rx de tórax. Descartadas patologías de tórax y urinarias, las sospechas se centrarán en infección del lecho quirúrgico que obligará al estudio de la cavidad abdominal con una ecografía abdominal (la práctica de una radiología simple de abdomen no suele aportar datos relevantes) y mejor como más resolutive una TAC Abdominal.*

*Durante las sucesivas consultas del paciente al Centro de Salud desde el alta hospitalaria el 12-2-11 hasta el ingreso en Urgencias el 22-2-11, no se practicó ninguna prueba que intentara diagnosticar el cuadro febril que el paciente padecía y solo el día 21-*

*2-11, ante la presencia de fiebre alta y dolor abdominal, se solicitó una Rx de tórax que no aportó datos relevantes y una analítica sanguínea que no se llegó a realizar.*

*El médico de atención primaria durante los días de consulta (desde el 12-2-11 al 22-2-11) se limitó a recetar analgesia y antibioterapia de manera empírica que no impidieron el establecimiento de un shock séptico que el paciente padecía cuando ingresó en el Servicio de Urgencias el día 22-2-11 y que obligó a la intubación orotraqueal como medida preferente al presentar una importante disnea secundaria al shock que padecía.*

*Son varias y detalladas las publicaciones de cómo evaluar a los pacientes con fiebre postoperatoria y el consiguiente seguimiento de los mismos para llegar a un diagnóstico e instaurar el consiguiente tratamiento (postoperative fever (UPToDate), HarrisonG. Weed, Apr 04, 2013)” –págs. 8-9 del informe-.*

Finalmente, el informe suscrito por el Dr. José Gallego Ferreiro, Especialista en Medicina Interna, también censura la falta de corrección de la asistencia prestada en Atención Primaria. Si bien sus conclusiones parecen centradas en la indicación de la intervención quirúrgica previa, cuando expone los antecedentes sostiene, respecto de la asistencia del día 14 de febrero de 2011, lo siguiente:

*“Dos días después del alta médica, presenta fiebre de 40º y acude a su Centro de Salud donde continua el tratamiento con analgésicos y antiinflamatorios sin solicitar ninguna prueba para descartar complicación alguna a pesar de que estaba recién operado y con antecedentes el año anterior de haber padecido bacteriemia, pancreatitis aguda y derrame pleural” –pág. 4 del informe-.*

Expuestos los puntos fundamentales de los informes obrantes en autos, consideramos que procede acoger la tesis de la parte actora sobre la pérdida de oportunidad derivada del retraso en la realización de las pruebas diagnósticas.

En primer lugar, porque la propia Administración, en su resolución, parte de la premisa de reconocer que estamos en presencia de un daño que podría encuadrarse en la categoría de desproporcionado. Así, en el Fundamento de Derecho Cuarto, la resolución administrativa razona lo siguiente:

*“En cuanto a la cuestión de fondo, resulta probada en la documentación obrante en el expediente la existencia de un daño real, efectivo e individualizado, al acreditarse con la documentación clínica que el paciente tras someterse a una intervención quirúrgica de resección hepática por cirugía laparoscópica sufre una importante infección que deriva en la amputación de ambas piernas e implantación de una prótesis así como la implantación de una válvula cardiaca.*

*Dichos daños en principio y dadas las circunstancias se podrían considerar como unos daños desproporcionados. En el ámbito de la responsabilidad patrimonial la carga de la prueba como norma general corresponde al reclamante, sin embargo en casos como el que nos ocupa, con la existencia de un daño a priori desproporcionado como consecuencia de la prestación de una asistencia sanitaria, se entiende que es la propia Administración sanitaria actuante la que debe proporcionar una explicación coherente del porqué de la diferencia entre el posible riesgo inicial y el efectivamente producido, así lo recoge entre otras la Sentencia de 30 de abril de 2007 de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo.”.*

Es decir, la propia Administración reconoce que *“debe proporcionar una explicación coherente del porqué de la diferencia entre el posible riesgo inicial y el efectivamente producido”.*

En segundo lugar y conectado con lo anterior, para alcanzar el resultado expuesto la Administración debería ser capaz de desvirtuar la visión del caso que aportan los informes periciales que han resultado contrarios a su tesis. En particular, debería ser capaz de explicar

por qué, en la primera asistencia, fue adecuada la “*actuación prudente*” de pautar tratamiento antitérmico que se siguió en Atención Primaria, en palabras de los peritos Dres. José Manuel Infante García, Alberto Clerigue Lozano, Benjamín Díaz Zorita Aguilar y José Manuel Ollero Caprani, en lugar de la descrita por el perito Sr. Trinchet Hernández en su informe (“*La presencia de fiebre alta (40°), siempre debe hacer sospechar un cuadro infeccioso en el postoperatorio y como primera y principal medida a tomar será la práctica de un hemograma y cultivo de orina y también una Rx de tórax*”). Pues solo aclarando ese punto consideramos que la Administración habrá proporcionado esa “*explicación coherente*”.

Situados en este contexto, no consideramos que esa explicación se haya proporcionado en el proceso. No la suministra el dictamen de los Dres. José Manuel Infante García, Alberto Clerigue Lozano, Benjamín Díaz Zorita Aguilar y José Manuel Ollero Caprani, que no contemplan siquiera la posibilidad de una actuación alternativa a la efectivamente constatada en la historia clínica. Tampoco la encontramos en el informe de la Inspección, que se centra casi exclusivamente en el dato de que, el día 16 de febrero de 2011, la Médico de Atención Primaria recomendó al paciente asistir a Urgencias si persistía la fiebre el fin de semana. Finalmente, el informe de la Dra. Eva Muro Díaz no nos explica por qué no se planteó inicialmente, ante los síntomas que presentaba un paciente recién colecistectomizado –cuadro febril autolimitado con reacción cutánea de eritema en tronco, folio 197 del expediente administrativo- la realización de pruebas tendentes a “*diagnosticar el cuadro febril que el paciente padecía*”, en palabras del Dr. Trinchet Hernández. Una explicación plausible de que no se indicara la realización de pruebas tendentes a aclarar el origen de la fiebre es que no se contemplara la posibilidad de un cuadro infeccioso postoperatorio. En este sentido, La Dra. Eva Muro, en su declaración, afirmó que “*sospecha (de un cuadro infeccioso de la entidad que) evidentemente no tuve, tuve sospecha de que*

*evolucionaba mal desde que persiste la fiebre el día 16 y por eso le digo que vaya a urgencias” (minuto 43:10 y siguientes de la grabación de la vista).*

Esto último es importante porque, como indica el Dr. Trinchet Hernández, *“la presencia de temperatura mayor a 38° (100,4 F) es común en los primeros días después de una cirugía mayor. A fiebre postoperatoria más temprana es causada por el estímulo inflamatorio de la cirugía y se resuelve espontáneamente. Sin embargo, también puede ser una manifestación de una complicación grave”* –pág. 7-. Y es que, según el mismo informante, una de las causas más frecuentes de fiebre a las 48 horas del postoperatorio es el absceso intraabdominal –pág. 6 ibíd.- A conjurar el riesgo derivado de tal posibilidad, también en la explicación que suministra el Dr. Trinchet, cobra relevancia la siguiente afirmación de su informe: *“la práctica de un hemograma y una Rx. de tórax serán pruebas a practicar como primera medida ante una fiebre postoperatoria”* –pág. 6 ibíd.-. Como se ha expuesto, no encontramos una explicación satisfactoria de por qué no se indicó la realización de estas pruebas en el presente caso.

Con base en lo anterior, debemos considerar acreditado que, durante la asistencia sanitaria prestada en Atención Primaria, se produjo una pérdida de oportunidad en la medida en que *“no se practicó ninguna prueba que intentara diagnosticar el cuadro febril que el paciente padecía”*, como afirma y sostiene el Dr. Trinchet Hernández en su dictamen. Decimos que hubo pérdida de oportunidad porque carecemos de elementos suficientes para reputar probado que, de haberse procedido de forma más temprana a la realización de las pruebas diagnósticas indicadas por el Dr. Trinchet en su informe, la curación del paciente por el cuadro infeccioso que padecía hubiera sido total y absoluta, sin secuelas permanentes derivadas del mismo.

Debemos efectuar, no obstante, dos precisiones importantes.

La primera es de carácter temporal. Y es que, según consta en la historia clínica, en la consulta del día 21 de febrero de 2012, sí se indicó la realización de analítica y radiografía de tórax urgente al persistir la fiebre. De tal modo que la pérdida de oportunidad apreciada se extiende en el tiempo desde el día 15 de febrero de 2011 hasta aquella fecha.

La segunda, que todo lo anteriormente declarado debe completarse, para tener la imagen más completa del caso, con la asistencia telefónica efectuada el 16 de febrero de 2011, que consta documentada en el folio 197 del expediente administrativo con la siguiente descripción: *“llamo a domicilio: cuadro de fiebre esta noche. Al parecer ha disminuido la medicación. No está más eritematoso. Si esta noche de nuevo fiebre, urg”*. Estos datos, como decimos, constan objetivados en la historia clínica y no existe ninguna razón para dudar de que tal anotación no se ajuste a la realidad de lo sucedido. El perito designado judicialmente manifestó en las aclaraciones a su informe que no le constaba tal hecho (minuto 24:00 y siguientes de la grabación de la vista), pero la historia clínica lo refleja de forma meridiana. Esta indicación consideramos que sí se ajusta plenamente a la *lex artis*, según lo manifestado en el informe de la Inspección Médica. Carecemos, por el contrario, de una explicación plausible de las concretas circunstancias que pudieran justificar la inobservancia por el paciente de dicha recomendación.

**DUODÉCIMO.-** La parte actora ha construido su demanda de responsabilidad patrimonial sobre la base de la denominada doctrina de la pérdida de oportunidad.

En este sentido, la demanda alude reiteradamente a la citada doctrina. Por ejemplo, en la página 20, al afirmar que *“ha quedado acreditada la “pérdida de oportunidad terapéutica” causada al paciente por el retraso en el diagnóstico y asistencia prestada al mismo en los Servicios de Atención Primaria habiéndose producido a juicio de esta parte indubitadamente una vulneración de los protocolos de derivación de pacientes por el Médico de Atención Primaria”*. O cuando, en la página 22, invoca la similitud del caso con

el resuelto por la sentencia nº 551/2008, de 10 de julio de 2012, dictada por la Sección Novena de esta Sala de lo Contencioso-Administrativo en el Procedimiento Ordinario nº 968/2008 (Roj STSJ M 11.382/2012). Sentencia en la que se aplica la denominada doctrina de la pérdida de oportunidad. Así, en el Fundamento Jurídico Sexto, in fine, leemos: *“se desconoce que hubiera podido pasar si al (paciente) se le hubiera dado un tratamiento precoz a la neumonía que padecía, pero ha sido el retraso en el diagnóstico lo que ha producido una pérdida de oportunidad de tratamiento del enfermo. Pérdida de oportunidad que aunque sea remota no puede quedar indemne”*.

Presupuesto lo anterior, vamos a caracterizar esta doctrina a partir de dos postulados esenciales que se desprenden de la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

El primero sirve para perfilar los límites de la institución. De este modo, la sentencia del Tribunal Supremo de 14 de octubre de 2014 (Sec. 4ª, recurso nº 2499/2013, Ponente D. Segundo Menéndez Pérez, Roj STS 4198/2014, FJ 7º), entre otras muchas, sostiene a tal efecto que *“la pérdida de oportunidad se caracteriza por la incertidumbre acerca de que la actuación médica omitida pudiera haber evitado o mejorado el deficiente estado de salud del paciente, con la consecuente entrada en juego a la hora de valorar el daño así causado de dos elementos o sumandos de difícil concreción, como son el grado de probabilidad de que dicha actuación hubiera producido el efecto beneficioso, y el grado, entidad o alcance de éste”*.

El segundo nos permite cuantificar el alcance de la indemnización en estos supuestos. En este sentido, la reciente sentencia del Tribunal Supremo de 25 de mayo de 2016 (Sec. 4ª, recurso nº 2396/2014, Ponente D. Rafael Toledano Cantero, Roj STS 2289/2016, FJ 10º), recuerda que *“la cuantificación de la indemnización, atendiendo a las circunstancias del caso, exige tener en cuenta que en la pérdida de oportunidad no se indemniza la totalidad del perjuicio sufrido, sino que precisamente ha de valorarse la incertidumbre acerca de que*

*la actuación médica omitida pudiera haber evitado o minorado el grave cuadro que (...) presenta el menor (...). Por tanto, a la hora de valorar el daño así causado, hay que partir de dos elementos o sumandos de difícil concreción, como son, el grado de probabilidad de que dicha actuación hubiera producido ese efecto beneficioso, y el grado, entidad o alcance de éste mismo”.*

Trasladando la doctrina anterior al presente caso, debemos partir de que no está acreditado, ni siquiera mínimamente, con qué grado de probabilidad la actuación omitida hubiera producido el efecto beneficioso de un diagnóstico más temprano.

Por otra parte, constatamos también que el retraso en el diagnóstico está intensamente mediatizado por la propia conducta de la parte actora, al no observar la recomendación médica, emitida al día siguiente de la primera asistencia en Atención Primaria, de acudir a urgencias en caso de persistir la fiebre.

Finalmente, debe valorarse la posibilidad de que un diagnóstico más temprano hubiera podido evitar un resultado tan adverso como el finalmente acaecido, fundamentalmente en relación a las secuelas de amputación de ambas piernas y de colocación de una válvula protésica para la endocarditis mitral.

Teniendo en cuenta todas las circunstancias expuestas, establecemos como indemnización procedente en el presente caso la suma de 60.000 euros, cantidad que debe considerarse ya actualizada a la fecha de la presente resolución. Procedimiento éste, de fijación actualizada del *quantum* del daño, que la jurisprudencia considera “*como uno de los instrumentos adecuados posibles para hacer efectivo el principio de indemnidad*” tal y como, por ejemplo, se recoge en la sentencia del Tribunal Supremo de 18 de junio de 2012 (Sec. 4ª, recurso de casación nº 676/2011, Ponente D. Enrique Lecumberri Martí, Roj STS 4548/2012, FJ 5º).

**DECIMOTERCERO.-** Recapitulando, estimamos parcialmente el recurso contencioso-administrativo, anulamos el acto administrativo impugnado por ser disconforme a Derecho y, en su lugar, declaramos la responsabilidad patrimonial de la Comunidad de Madrid y reconocemos el derecho del recurrente a ser indemnizado por la Administración demandada en la suma de 60.000 euros, cantidad que debe considerarse ya actualizada a la fecha de la presente resolución. Desestimando, en lo demás, la demanda.

**DECIMOCUARTO.-** No procede imponer las costas causadas a ninguna de las partes al haberse estimado parcialmente el recurso contencioso-administrativo y no apreciar razones suficientes que justifiquen un pronunciamiento distinto (art. 139.1, segundo párrafo, de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa).

#### **FALLO**

**CON ESTIMACIÓN PARCIAL DEL RECURSO CONTENCIOSO-ADMINISTRATIVO Nº 790/2013, INTERPUESTO POR D. TOMÁS ATIENZA HERGUETA CONTRA LA RESOLUCIÓN DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD DE LA COMUNIDAD DE MADRID, DE FECHA 19 DE NOVIEMBRE DE 2013, POR LA QUE SE DESESTIMA LA RECLAMACIÓN DE RESPONSABILIDAD FORMULADA POR EL RECURRENTE COMO CONSECUENCIA DE LOS DAÑOS Y PERJUICIOS DERIVADOS DE LA ASISTENCIA SANITARIA RECIBIDA EN EL HOSPITAL FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ Y EN EL CENTRO DE SALUD VALDEZARZA-SUR, DEBEMOS:**

**PRIMERO.- ANULAR EL ACTO ADMINISTRATIVO IMPUGNADO POR NO SER CONFORME A DERECHO.**

**SEGUNDO.- EN SU LUGAR, DECLARAR LA RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DE LA ADMINISTRACIÓN DEMANDADA EN LOS TÉRMINOS EXPRESADOS EN LA PRESENTE RESOLUCIÓN.**

**TERCERO.- EN CONSECUENCIA, RECONOCER EL DERECHO DEL RECURRENTE A SER INDEMNIZADO POR LA COMUNIDAD DE MADRID EN LA SUMA DE 60.000 EUROS, CANTIDAD QUE DEBE CONSIDERARSE YA ACTUALIZADA A LA FECHA DE LA PRESENTE RESOLUCIÓN.**

**CUARTO.- DESESTIMAR, EN LO DEMÁS, LA DEMANDA.**

**QUINTO.- SIN COSTAS.**

Contra la presente resolución cabe **recurso de casación** en el plazo de diez días desde la notificación, mediante escrito en el que deberá manifestarse la intención de interponer el recurso, con sucinta exposición de la concurrencia de los requisitos exigidos y **previa constitución del depósito** previsto en la Disposición Adicional Decimoquinta de la Ley Orgánica del Poder Judicial, bajo apercibimiento de no admitir a trámite dicho recurso.

Dicho depósito habrá de realizarse mediante el ingreso de su importe en la Cuenta de Depósitos y Consignaciones de esta Sección, cuenta-expediente nº 4982 (Banco de Santander, Sucursal c/ Barquillo nº 49), especificando en el campo concepto del documento Resguardo de ingreso que se trata de un "Recurso" Contencioso-Casación (50 euros). Si el ingreso se hace mediante transferencia bancaria, se realizará a la cuenta general nº 0049-3569-92-0005001274 (IBAN ES55-0049-3569 9200 0500 1274) y se consignará el número de cuenta-expediente 4982-0000-93 y el número de procedimiento y año en el campo "Observaciones" o "Concepto de la transferencia" y a continuación, separados por espacios, los demás datos de interés.

Así por esta nuestra Sentencia, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.

**PUBLICACIÓN.-** Leída y publicada ha sido la anterior sentencia por el/la Ilmo/a. Sr/a. Magistrado/a Ponente D./Dña. RAFAEL VILLAFANEZ GALLEGO, estando la Sala celebrando audiencia pública en el día de hoy 21/06/16, de lo que, como Letrado/a de la Administración de Justicia, certifico.