



Roj: STSJ MAD 1972/2013
Id Cendoj: 28079330102013100105
Órgano: Tribunal Superior de Justicia. Sala de lo Contencioso
Sede: Madrid
Sección: 10
Nº de Recurso: 213/2010
Nº de Resolución: 249/2013
Procedimiento: CONTENCIOSO
Ponente: FRANCISCA MARIA DE FLORES ROSAS CARRION
Tipo de Resolución: Sentencia

Procedimiento Ordinario 213/2010 MON

Demandante: D./Dña. Amalia y D./Dña. Juan Carlos
PROCURADOR D./Dña. LUIS PIDAL ALLENDESALAZAR

Demandado: COMUNIDAD DE MADRID
LETRADO DE COMUNIDAD AUTÓNOMA

CAPIO VALDEMORO S.A.

PROCURADOR D./Dña. FEDERICO RUIPEREZ PALOMINO

SENTENCIA Nº 249/2013

Presidente:

Dña. Mª DEL CAMINO VÁZQUEZ CASTELLANOS

Magistrados:

Dña. FRANCISCA ROSAS CARRION

Dña. Mª JESUS VEGAS TORRES

Dña. CARMEN ALVAREZ THEURER

En la Villa de Madrid, a 14 de marzo de 2013.

Visto el recurso contencioso administrativo número 213/2010 seguido ante la Sección Décima de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, interpuesto por don Juan Carlos y doña Amalia, representados por el Procurador don Luis Pidal Allendesalazar y dirigidos por el Letrado don Antonio Navarro Rubio, contra la desestimación, por silencio administrativo de la Comunidad de Madrid, de la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada el día 9 de septiembre de 2009.

Ha sido parte demandada la Comunidad de Madrid, representada y dirigida por la Letrado de sus Servicios Jurídicos doña Carmela Esteban Niveiro; y codemandada la entidad "CAPIO VALDEMORO S.A." representada por el Procurador don Federico RUIPEREZ Palomino y dirigida por la Letrado doña Mónica Martín Pérez.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO. - Interpuesto el recurso contencioso administrativo, se reclamó el expediente administrativo y siguiendo los trámites legales se emplazó a la parte recurrente para que formalizase la demanda, lo que verificó mediante escrito obrante en autos, en el que hizo alegación de los hechos y fundamentos de Derecho que consideró de aplicación y terminó solicitando que se dictara sentencia en la que se declare la responsabilidad patrimonial de la Comunidad de Madrid y se la condene a indemnizar a los recurrentes en la cantidad de 151.000 euros por el perjuicio lesional pulmonar por hipertensión de Cecilio.

SEGUNDO. - La Comunidad de Madrid y "**CAPIO VALDEMORO S.A.**" contestaron y se opusieron a la demanda de conformidad con los hechos y fundamentos que invocaron, terminando por solicitar que se dictara sentencia que desestimara el recurso.

Habiéndose recibido el proceso a prueba, se practicaron los medios probatorios propuestos y admitidos con el resultado que obra en autos, presentando posteriormente las partes sus respectivos escritos de conclusiones.

TERCERO.- Terminada la tramitación del proceso, se señaló para votación y fallo del recurso el día 6 de marzo de 2013, fecha en que tuvo lugar, con observancia en la tramitación del proceso de las reglas establecidas por la Ley.

Ha sido Magistrado Ponente doña FRANCISCA ROSAS CARRION, quien expresa el parecer de la Sección.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO. - Doña Amalia y don Juan Carlos han interpuesto el presente recurso contencioso administrativo contra la desestimación, por silencio administrativo de la Comunidad de Madrid, de la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada el día 9 de septiembre de 2009, en indemnización de los daños y perjuicios causados a consecuencia de infracción de la "lex artis" por error diagnóstico continuado del Hospital Infanta Elena de Valdemoro en relación a la malformación congénita padecida por su hijo menor, Cecilio, desde el día de su nacimiento, el NUM000 de 2008, hasta los primeros días del mes de noviembre de dicho año, así como por demora en la corrección quirúrgica de la malformación congénita, que no se efectuó hasta el día 3 de diciembre de 2008, en el Hospital Universitario La Paz, todo lo cual le causó secuelas al recién nacido.

Se solicita en la demanda una indemnización de 150.000 euros, como indemnización de los daños y perjuicios causados, alegándose, en esencia, que fueron causados al haberse producido un inexcusable error diagnóstico inicial, por insuficiente empleo de medios diagnósticos, del que se derivó una demora en el tratamiento de la enfermedad congénita que el niño padecía, estando dicha infracción de la "lex artis" causalmente relacionada con un resultado lesivo antijurídico, que los perjudicados no tienen la obligación de soportar, por lo que, en aplicación de los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992 y de la jurisprudencia que los interpreta, debe declararse la responsabilidad patrimonial de la Administración demandada.

La Comunidad de Madrid y "**CAPIO VALDEMORO S.A.**" han solicitado la desestimación del recurso contencioso administrativo.

SEGUNDO. - Conviene recordar que, según doctrina jurisprudencial pacífica y consolidada - por todas, las sentencias del Tribunal Supremo de 12 de julio de 2007, 10 de diciembre de 2009, 23 de febrero de 2010, y las que en ellas se citan-, la responsabilidad patrimonial de la Administración requiere: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas; b) Que el daño o lesión patrimonial sufridos por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal, siendo indiferente la calificación, de los servicios públicos - a lo que se ha homologado "*toda actuación, gestión, actividad o tareas propias de la función administrativa que se ejerce, incluso por omisión o pasividad con resultado lesivo*"-, en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal; c) Ausencia de fuerza mayor; y d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño, señalándose al efecto que, como la responsabilidad patrimonial es objetiva o de resultado "*lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión*", de forma que, si existe el deber jurídico de soportar el daño, decae la obligación de la Administración de indemnizar.

Según las sentencias citadas, "*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.*" Lo mismo se declaró en la sentencia del Tribunal Supremo de 7 de julio de 2008, en la que se expuso que "*a los servicios públicos de salud no se les puede exigir más que ejecuten correctamente y a tiempo las técnicas vigentes en función del conocimiento de la práctica sanitaria. Se trata, pues, de una obligación de medios*"; asimismo, la sentencia del Tribunal Supremo de 13 de julio de 2007, dijo que "*cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica ó sanitaria, la jurisprudencia viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión*

(que llevaría la responsabilidad objetiva mas 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 ello, y con invocación del criterio jurisprudencial expresado en las dictadas con fechas de 3 de octubre de 2010, 21 de diciembre de 2001, 10 de mayo de 2005 y 16 de mayo de 2005, en la sentencia precitada se continúa declarando que *"(...) la actividad médica y la obligación del profesional es de medios y no de resultados, de prestación de la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo, de manera que los facultativos no están obligados a prestar servicios que aseguren la salud de los enfermos, sino a procurar por todos los medios su restablecimiento, por no ser la salud humana algo de que se pueda disponer y otorgar, no se trata de un deber que se asume de obtener un resultado exacto, sino más bien de una obligación de medios, que se aportan de la forma más ilimitada posible. La adopción de los medios al alcance del servicio, en cuanto supone la acomodación de la prestación sanitaria al estado del saber en cada momento y su aplicación al caso concreto atendiendo a las circunstancias del mismo, trasladan el deber de soportar el riesgo al afectado y determinan que el resultado dañoso que pueda producirse no sea antijurídico".*

TERCERO .- Como se desprende de los términos en que hemos delimitado el debate, y puesto que, frente a lo sostenido por los recurrentes en la demanda, la Comunidad de Madrid y "**CAPIO VALDEMORO S.A.**" oponen la inexistencia de responsabilidad, las cuestiones litigiosas de este proceso se centran en determinar si, atendidas las circunstancias del caso, se les ha causado a los recurrentes un daño antijurídico y económicamente evaluable que dimana de una infracción de "lex artis" en la asistencia sanitaria dispensada su hijo Cecilio en Hospital Infanta Elena de Valdemoro, entre el día de su nacimiento, el NUM000 de 2008, hasta el 7 de noviembre de 2008, en que lo llevaron al Servicio de Urgencias del Hospital Infantil Niño Jesús de Madrid, desde donde fue remitido al Servicio de Cardiología Pediátrica del Hospital Universitario La Paz, por cardiopatía congénita, siendo intervenido el 3 de diciembre de 2008 y dado de alta el 20 de diciembre de 2008, con secuelas.

A tal fin, señalaremos que los recurrentes han aportado al proceso un informe médico emitido por el perito de su designación don Olegario , Doctor en Medicina y Cirugía y Especialista en Medicina Legal y Forense.

Dicho informe comienza con la mención a sus fuentes, seguida de la exposición hechos más relevantes recogidos en las diferentes historias clínicas. A continuación el perito, en el apartado de "Consideraciones Medico Legales" de su informe, explica qué es una ventana aortopulmonar, sus causas, incidencia y factores de riesgo; sus síntomas y diagnóstico; su tratamiento y su pronóstico y las complicaciones inherentes a la demora del tratamiento.

Termina con un apartado de conclusiones, cuyo tenor literal es el siguiente:

" **CONCLUSIONES**

Primera: Que existió un error diagnostico en la consulta de cardiología pediátrica de fecha 30 de abril de 2008, puesto que en la misma se realiza ecocardiograma informado como normal "arco aórtico normal, corazón normal".

Segunda: Que el menor presentaba síntomas que según la literatura médica estudiada, tenían que haber hecho sospechar la existencia de una patología a nivel vascular-cardíaca: retraso en el crecimiento, insuficiencia cardíaca, irritabilidad, alimentación deficiente y falta de aumento de peso, respiración rápida, latidos cardíacos rápidos e infecciones respiratorias.

Dichos síntomas se repitieron desde el día 8 de junio de 2008, 5 de julio de 2008, donde ya se establece la existencia de hipoventilación hemitorax izqdo. Con sibilancias diseminadas y un diagnostico de broncoespasmo.

El día 6 de julio de 2008, y nuevamente en urgencias, se establece dificultad respiratoria frecuencia cardíaca de 162lpm, polipnea y tiraje subcostal, hiperventilación generalizada, situación que obliga a hospitalización.

Recibe alta hospitalaria el día 9 de julio de 2008 con diagnostico de "bronquilitis aguda e intolerancia oral" sin que conste que se realizase prueba de imagen diagnostica para descartar patología cardíaca alguna.

Tercera: Nuevamente ingreso el día 25 de septiembre de 2008 por fatiga respiratoria con dificultad respiratoria progresiva, broncoespasmo de repetición en número de 8 en los últimos 90 días. Tiraje subcostal e intercostal. Se establece persistencia de distress respiratorio y auscultación pulmonar patológica.

Broncoespasmo mantenido, saturación al 95% con oxígeno. También se diagnostica un soplo sistólico, tras estabilizarlo recibe alta domiciliaria el 29 de septiembre de 2008 con un diagnóstico principal de asma intrínseca no es especificada. Crisis asmática moderada tratamiento con Ventolín.

El día 24 de septiembre de 2008 es nuevamente derivado al Hospital por su MAP por broncoespasmo con dificultad respiratoria, y ya diagnóstico de Hipertensión Pulmonar con comunicación interventricular pendiente de filiar, sin que se realizara ninguna prueba diagnóstica para establecer su origen, siendo llamativo que es por propia decisión de los padres que acuden al Hospital Niño Jesús de Madrid en busca de ayuda, dada la situación del menor.

Cuarta: Que ha existido un error diagnóstico continuado por falta de medios diagnósticos protocolizados (ECO- Doppler y/o estudio hemodinámico) y que la asistencia del Hospital de Valdemoro no es acorde a la lex artis ad hoc y por esta causa se produjo una demora importante en la necesaria corrección quirúrgica de la malformación congénita.

Quinta: Asimismo esta parte considera que las secuelas de insuficiencia mitral e hipertensión pulmonar están directamente relacionadas con la demora en dicha intervención quirúrgica.

Sexta: Que dichas negligencias médica ha tenido asimismo como consecuencia el retraso en el crecimiento ponderal del menor, la existencia de diversos ingresos hospitalarios y el mantenimiento de una patología grave con elevada morbimortalidad y un grave perjuicio moral en los padres".

CUARTO.- Sin embargo, las consideraciones y conclusiones del informe del perito designado por la parte actora no se comparten en los dos informe emitido, a instancia de la parte codemandada, por doña Cecilia , Licenciada en Medicina y Cirugía, Diplomada en Valoración Médica de Incapacidades Laborales, Magíster en Valoración del Daño Corporal, Máster en Pericia Médica y en Prevención de Riesgos Laborales, y Especialista en Anatomía Patológica.

En primero de ellos, después de expresar sus fuentes y de efectuar un resumen de lo sucedido siguiendo las historias clínicas, expone las siguientes

" CONSIDERACIONES MEDICO-PERICIALES

Cecilio nace el NUM000 .2008 en el Hospital Infanta Elena tras una gestación y parto normales, al que se le ausculta al nacer un soplo cardíaco, sin otros signos o síntomas sugestivos de patología orgánica, siendo remitido al cardiólogo. Este le valora al mes de vida, realizando una historia clínica completa en la que no encuentra ningún dato patológico, no escuchando en la auscultación cardíaca ningún soplo. No obstante realiza un electrocardiograma que es normal y una ecocardiografía en la que únicamente se observa un foramen oval permeable con cortocircuito izquierda-derecha.

En los meses posteriores, el niño presenta cuadros de insuficiencia respiratoria aguda y finalmente a los 7 meses es diagnosticado otro centro hospitalario (Hospital Niño Jesús) de una comunicación anómala entre la arteria pulmonar y la aorta, trasladándole al Hospital La Paz. En este hospital es intervenido quirúrgicamente; la evolución postquirúrgica se complica por la aparición de una complicación quirúrgica (taponamiento cardíaco) que obliga a una reintervención. La evolución posterior es favorable siendo dado de alta hospitalaria".

Este apartado del informe sigue con la explicación de qué es una ventana aorto-pulmonar, sus manifestaciones clínicas, su tratamiento y su pronóstico, continuando:

" Una vez diagnosticada la cardiopatía en otro centro hospitalario, el niño es intervenido quirúrgicamente. Esta patología (ventana aorto-pulmonar) es indicación de tratamiento quirúrgico en todos los casos, y la intervención es debida a la propia patología.

Habitualmente a estos pacientes se les realiza tras el alta hospitalaria, un seguimiento con confirmación mediante ecocardiografía del cierre completo del defecto y la ausencia de lesiones residuales al mes para objetivar la recuperación clínica. En la siguiente revisión, se debe confirmar la normalización de los tamaños de las cavidades, ausencia de lesiones en las válvulas aórtica y pulmonar, y que el flujo en la aorta ascendente, tronco y las ramas pulmonares confirme que han crecido adecuadamente".

Sobre la valoración del daño corporal, en primer informe de la doctora Cecilia expresa lo siguiente:

" VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL

En este caso, la posible demora en el diagnóstico y tratamiento de la malformación de ventana aorto-pulmonar no parece haber tenido, en base al informe del Servicio de Pediatría del Hospital Infanta Elena, consecuencias irreversibles. En el informe de alta del Hospital La Paz se menciona la existencia de hipertensión pulmonar leve calculada de forma indirecta y según el Servicio de Pediatría posteriormente el paciente se ha controlado en consulta de neumología pediátrica, encontrándose asintomático desde el punto de vista cardiovascular y sin necesidad de tratamiento cardiológico ni oxigenoterapia como sería lo normal de presentar persistencia de cardiopatía.

No obstante y puesto que en escrito de demanda se reclaman secuelas por dicha persistencia sin que se acredite documentalmente a pesar de la fecha del escrito de demanda (2010) y en base a lo mencionado al contrario en el informe del Hospital Infanta Elena, para no perjudicar a ninguna de las partes, es imprescindible la aportación del historial clínico de evolución del paciente para poder realizar informe de valoración definitivo teniendo en cuenta las siguientes afirmaciones:

Respecto a las secuelas:

No se aporta documentación clínica de evolución tras la intervención quirúrgica que permita considerar o negar la existencia de hipertensión pulmonar como secuela, no constando datos relevantes de alteración cardíaca debidos al posible retraso diagnóstico y terapéutico en el informe del Hospital La Paz. En escrito de demanda constan datos correspondientes a la fecha de alta tras la cirugía en hospital La Paz cuando los datos que deben ser tomados para poder estimar secuelas, son los que presente en la evolución de revisiones al mes, a los seis meses, al año....

PARA PODER ADMITIR Y CUANTIFICAR EL DAÑO RECLAMADO COMO HIPERTENSIÓN PULMONAR PERMANENTE ES NECESARIO QUE DICHA SECUELA SE CONFIRME QUE EXISTE LO QUE IMPLICARÍA QUE EL PACIENTE SIGUIERA EN TRATAMIENTO POR INSUFICIENCIA CARDIACA DE LA QUE NECESARIAMENTE DEBERÁN EXISTIR INFORMES Y REVISIONES EN LAS QUE CONSTE TANTO SU EXISTENCIA COMO EL GRADO DE LA MISMA, es decir son imprescindibles los informes de evolución y revisiones efectuadas tras el alta en hospital La Paz (la fuente mayúscula es del informe).

Respecto al periodo de curación

Si lo que se está reclamando es el daño derivado por el retraso en el diagnóstico y tratamiento del paciente, período durante el que padeció sintomatología de forma continuada como queda constatado en la documentación clínica aportada, se debe considerar dicho período : desde el 30-4-08 (fecha en la que fue valorado por Cardiología en el Hospital Infanta Elena) hasta el diagnóstico realizado en otro centro en fecha 7-11-08:192 días.

Respecto a los periodos de hospitalización, constan tres ingresos hospitalarios: de 6-7-08 al 9-7-08 (3 días), del 25-9-08 al 29-9-08 (4 días) y del 24-10-08 al 6-11-08 (12 días): 19 días que hay que descontar el periodo calculado anteriormente.

Del último ingreso para ser intervenido sólo hay que considerar el período que estuvo esperando para ser intervenido hasta la desaparición del cuadro respiratorio que permitiera su intervención (del 7-11-08 al 3-12-08: 27 días) ya que el periodo debido a la intervención no debe considerarse al ser el que hubiera precisado por la intervención necesaria por su patología así como el periodo posterior de recuperación por la misma.

Sin documental médica de evolución, no se puede valorar mayor período de curación dado que las revisiones que haya seguido el paciente por su cardiopatía y cirugía son las propias de su enfermedad y en caso contrario, de existir complicaciones por la persistencia de la hipertensión pulmonar que requieran tratamiento específico deberá aportarse la documentación que lo acredite.

En resumen, para poder realizar una valoración del daño corporal definitiva es necesario que se aporten los informes de evolución y revisiones posteriores a la cirugía realizada en Hospital La Paz, DOCUMENTACIÓN QUE SE SOLICITA A QUIEN PROCEDA (la fuente mayúscula es del informe)

En cuanto al periodo de curación, correspondería hasta el alta hospitalaria según el siguiente desglose: 46 días de ingreso hospitalario (19+27) y 173 días sin ingreso hospitalario de tipo no impeditivo dada la edad del paciente ".

La doctora Cecilia ha efectuado un segundo informe pericial, como ampliación del primero, una vez aportada nueva documentación a los autos, en el que, después del resumen de la evolución según la documentación aportada, que incluye la historia clínica del ingreso hospitalario para la intervención

cardiológica y por infección por virus respiratorio sincitial que provocó bronquiolitis, así como revisiones en el Servicio de Cardiología Pediátrica, realiza las siguientes:

" **CONSIDERACIONES MEDICO-PERICIALES**

VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL

No se ha podido acceder a los informes de revisiones en Hospital **Capio** Valdemoro siendo la información remitida al Juzgado perteneciente a otro paciente.

No obstante con la documentación de evolución cardiológica del Hospital la Paz se puede concluir que el paciente se encuentra asintomático en fecha de última revisión en mayo del 2011 debiendo acudir a nueva revisión pasado un año de esta última.

En la documentación aportada se confirma que tras la intervención de la ventana aortopulmonar no presenta alteración cardiológica ni datos de hipertensión pulmonar.

En el informe del perito aportado por el demandante se cita la secuela de hipertensión pulmonar al no haber podido acceder a la documentación de evolución del Hospital La Paz no constando exploración del paciente sobre el que se emite informe.

Hay que considerar un periodo mayor de curación que el establecido en anterior informe dado que en la documentación clínica analizada se constata que el paciente continuó en tratamiento con medicación hasta septiembre del 2009.

Secuelas

-En base a la documentación clínica aportada del Hospital la Paz, no se consideran secuelas en relación al objeto de la demanda: asistencia prestada en Hospital Infanta Elena.

Periodo de curación

Al período de curación considerado en informe anterior (46 días de ingreso hospitalario + 173 días no impeditivos) hay que añadir:

-8 días de ingreso hospitalario (del 22-12-08 al 30-12-08)

-256 días no impeditivos (284 desde el 20-12-08 al 9-9-09 menos los 8 de ingreso)

Por tanto el periodo de curación total corresponde a:

-54 días de ingreso hospitalario - 429 días no impeditivos

Tras el estudio de la documentación clínica aportada de la evolución de D. Cecilio trae la intervención quirúrgica por patología cardiológica y en relación con el retraso diagnóstico por el que se reclama, se concluye:

-no han quedado secuelas en relación con dicho retraso

-el periodo de curación es de 54 días de, ingreso hospitalario y 429 días no impeditivos".

QUINTO.- Nos referiremos, a continuación, al informe de la Inspección Sanitaria, de 6 de febrero de 2010, obrante a los folios 149 y siguientes del expediente administrativo, que elaboró el inspector médico don Eleuterio .

El informe, después de identificar el caso y el motivo de la reclamación, de reseñar la documentación estudiada - con inclusión de la bibliografía consultada- y de exponer exhaustivamente los hechos recogidos en la Historia Clínica, según se ha dicho, pasa a hacer referencia al informe de 6 de octubre de 2009, del doctor don Ezequias , Jefe del Servicio de Pediatría del Hospital Infanta Elena de Valdemoro, sobre la reclamación presentada por la asistencia sanitaria al niño Cecilio , recogiendo que en él se dice lo siguiente:

" El pasado día 26 de marzo de 2008 se diagnostica al paciente, D. Cecilio en la exploración realizada del Recién Nacido un soplo sistólico, remitiéndole al Servicio de Cardiología de nuestro Centro Sanitario.

Con fecha 30 de abril de 2008 es valorado por el Servicio de Cardiología, comprobando en esta consulta que el soplo anteriormente diagnosticado es debido a la persistencia del foramen oval permeable con shunt 1-D. El resto de aspectos se encontraron dentro de parámetros de normalidad y se recomendó revisión en Consultas Externas al año de vida.

Dada la persistencia del foramen oval permeable con shunt 1-D, no se aprecia en aquel momento patología estructural alguna, por estar compensada por la anomalía descrita.

Desde la fecha de la consulta anteriormente señalada el paciente ha estado, en varias ocasiones, ingresado en nuestro servicio de hospitalización con diagnóstico de bronquiolitis. En dichos ingresos no se apreciaba otra patología debido a que seguía presentando foramen oval permeable y además hipertensión pulmonar debida a sus bronquiolitis. En todos estos episodios fue tratado su cuadro respiratorio y clínico, siendo dado de alta una vez que la evolución era favorable.

Posteriormente, el día 30 de septiembre del 2008 fue evaluado por el Servicio de Neumología Infantil sin presentar síntomas cardíacos clínicos. Realizada radiografía de tórax en esta consulta, la imagen cardíaca no presentaba hallazgos patológicos, excepto el ICT en límite alto dentro de la normalidad, según valoración del Servicio de Radiología.

Asimismo, el día 24 de octubre del 2008 Cecilio ingresa nuevamente a cargo del Servicio de Pediatría por dificultad respiratoria y estancamiento ponderal, Presenta una saturación del 89-90%, siendo la auscultación cardíaca normal. Durante este ingreso fue evaluado por el Servicio de Cardiología en varias ocasiones diagnosticándose una cardiopatía congénita compleja, pendiente de tipificar. No presentó signos de insuficiencia cardíaca, hígado de 1-2 cm, normal para su edad y oliguria que cedió a la administración de líquidos y alimentos.

En la radiografía de tórax realizada durante este ingreso se apreció una dudosa cardiomegalia, con pseudoborramiento de la silueta cardíaca de la base derecha y aumento de la densidad paracardiaca derecha alta. El arco aórtico parecía engrosado o abombado.

Posteriormente, durante el ingreso hospitalario de fecha 6 noviembre de 2008, fue valorado en dos ocasiones por el Servicio de Cardiología, realizándose el diagnóstico de asma de lactante y CIV (comunicación interventricular) con hipertensión pulmonar pendiente de estudio cardiológico. Es dado de alta con tratamiento cardiológico (Captotril) y se le cita para seguimiento cardiológico y control a la semana siguiente para realizar nueva ecocardiograma con posible sedación citado el día 5 del 11 del 2008.

Finalmente, el pasado día 7 de noviembre de 2008, el paciente es ingresado en el Hospital Niño Jesús con crisis de broncoespasmo, CIV muscular apical y ventana aortopulmonar.

Según los datos expuestos, la persistencia del foramen oval permeable con shunt I-D, evitó que se manifestara precozmente la ventana aorto-pulmonar. Una vez el foramen oval se hizo impermeable es cuando el paciente empezó a presentar síntomas cardíacos que facilitaron el posterior diagnóstico.

En el caso del paciente D. Cecilio , el Servicio de Pediatría actuó en todo momento de manera profesional y según lex artis ".

El informe de la Inspección Sanitaria continúa con las siguientes consideraciones médicas y juicio crítico:

" 1º.- El niño Cecilio , con 7 meses y medio de edad, el 07/11/2008, acude al servicio de urgencias del Hospital Infantil Niño Jesús por dificultad respiratoria. En su estudio se encuentra una malformación congénita: ventana aorto- pulmonar de 5-9 mm de diámetro y se traslada a Hospital Materno Infantil La Paz, para valorar cirugía.

El mismo día, 07/11/2008, ingresa en el Servicio de Cardiología Pediátrica del Hospital La Paz donde se decide reparación quirúrgica del defecto, que se tuvo que posponer hasta el 03-12-2008 por el estado infeccioso que presentaba.

La ventana aortopulmonar (VAP) es una malformación cardíaca congénita, infrecuente, que consiste en la comunicación entre la arteria pulmonar y la aorta ascendente por encima y respetando ambas válvulas sigmoideas. Frecuentemente existen otras lesiones cardiovasculares asociadas, en el 30-50% de los pacientes. Este defecto produce un cortocircuito de izquierda-derecha, es decir, del circuito sistémico al circuito pulmonar, disminuye la sangre periférica aumentando la sangre que va al pulmón. Se sobrecarga la circulación pulmonar aumentando el volumen circulatorio por el pulmón y por otra parte aumentando la presión en el mismo lo que lleva al desarrollo de hipertensión pulmonar irreversible si no se corrige la malformación.

Los niños pueden presentar dificultad para alimentarse con disnea con las tomas, sudoración, retraso del crecimiento, infecciones respiratorias frecuentes, síntomas de insuficiencia cardíaca y dificultad respiratoria. Pero la presentación clínica depende del tamaño de la ventana y del cortocircuito izquierda a derecha. Los defectos pequeños pueden presentar pocos síntomas o ninguno, y los defectos más grandes pueden producir insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión pulmonar y desarrollar rápidamente enfermedad vascular pulmonar.

En la exploración física destaca la taquicardia, la taquipnea y la retracción costal. A la auscultación destaca un segundo ruido acentuado, corto y un clic sistólico en el foco pulmonar junto con un soplo continuo 'en maquinaria' en el borde esternal izquierdo superior, similar al soplo del ductus persistente. También se puede encontrar un retumbo diastólico en el foco mitral como signo de sobrecarga de volumen del ventrículo izquierdo.

Algunos pacientes con defectos muy pequeños pueden estar asintomáticos, presentando un soplo sistólico en el borde esternal izquierdo similar al de una comunicación interventricular restrictiva, pero en una localización más alta.

El soplo cardíaco continuo característico de la enfermedad sólo se ausculta en menos de la mitad de los casos.

2°.- Previamente al ingreso, el 7-11-2008, en el hospital La Paz, Cecilio había sido atendido en varias ocasiones en el Hospital Infanta Elena de Valdemoro, sin detectar la malformación congénita, que como tal está presente desde el nacimiento.

Fue revisado por soplo sistólico, al mes de su nacimiento, el 30/04/2008, en consulta de cardiología pediátrica. Se encuentra asintomático. Se diagnosticó de Foramen oval permeable con shunt I-D con corazón normal y se indicó revisión hacia el año de vida.

El 08/06/2008 fue atendido en el Servicio de Urgencias; con 2,5 meses, acude por tos frecuente y disminución del apetito. Saturación O₂: 96. Frecuencia cardíaca: 131. Sin antecedentes personales de interés. Exploración física inespecífica. AC: tonos rítmicos; no soplos. Diagnosticado de infección respiratoria.

El 05/07/2008 fue atendido en el Servicio de Urgencias; con 5 meses que acude por dificultad respiratoria y tiraje, afebril. No otros síntomas. Saturación Oxígeno: 94. Frecuencia cardíaca: 136. SaO₂ 94%. AP: Bronquiolitis, bronquitis de repetición. Exploración física: Buen estado general. Taquipnea. Tiraje subcostal. AC: tonos rítmicos; no soplos. Diagnosticado de broncoespasmo.

El 06/07/2008 vuelve a urgencias por presentar dificultad respiratoria con vómitos en todas las tomas. Exploración: Buen estado general. Polipnea y tiraje subcostal. AC: tonos rítmicos; no soplos. Se inicia tratamiento con Ventolín y se ordena hospitalización.

El 06/07/2008 ingresa en planta de Pediatría con aerosolterapia con salbutamol. No precisa oxigenoterapia. Permanece afebril. Mala tolerancia oral, con vómitos alimenticios provocados por la tos y las secreciones abundantes las primeras 24 horas, posteriormente mejoría progresiva. Al alta BEG, muy leve tiraje intercostal, buena ventilación bilateral, tomando y tolerando aceptablemente. Alta hospitalaria el 09/07/2008. Con diagnóstico Bronquiolitis aguda e intolerancia oral.

La ventana aortopulmonar es una malformación cardíaca congénita (lo cual significa que está presente desde el nacimiento) Es un defecto cardíaco raro y su diagnóstico puede ser difícil con falsos positivos y negativos debido a que pueden asociarse otras patologías (frecuentemente existen otras lesiones cardiovasculares asociadas) que dan síntomas similares. También la presentación clínica depende del tamaño de la ventana y del cortocircuito izquierda a derecha. Los defectos pequeños pueden presentar pocos síntomas o ninguno. Algunos pacientes con defectos muy pequeños pueden estar asintomáticos, presentando un soplo sistólico en el borde esternal izquierdo similar al de una comunicación interventricular restrictiva, pero en una localización más alta. El soplo cardíaco continuo característico de la enfermedad sólo se ausculta en menos de la mitad de los casos.

Hay que destacar que a pesar de la progresiva evolución desfavorable (dificultad para alimentarse y disnea), con dos visitas a urgencias y un ingreso hospitalario, con casi 4 meses de edad, no se realizó ninguna prueba de imagen.

El 25/09/2008, con 6 meses, ingresa en planta de Pediatría por fatiga respiratoria (tiraje subcostal e intercostal moderado), en la propia H²C^a se refleja: " Nunca han realizado prueba de imagen". Se realiza ECG y Rx Tórax: campos pulmonares normales. Índice cardiotorácico 0.62 (etiquetado como variante de la normalidad por parte de Radiología) con A.C.: Soplo sistólico 2-3 /6 (ya ha sido visto por cardiología infantil de este hospital por Foramen oval permeable recomendando control clínico-ecográfico al año de vida).

Alta hospitalaria, el 29/09/2008, con diagnóstico de asma intrínseca para evaluación y control al día siguiente en consultas externas.

El 30/09/2008, fue atendido en consulta de neumología: "come mal desde que empezó con los problemas respiratorios. Parece que tiene apetito pero le cuesta comer por las secreciones y a menudo tiene sudoración cuando come ó se agita". Estancamiento ponderal. BEG. Tiraje leve subcostal. FR 55 rpm. AC: rítmica no ausculto soplos. Juicio clínico: probable asma de lactante, moderado persistente. El 24/10/2008, con 7 meses, es derivado al hospital por su médico de AP por dificultad respiratoria. Atendido en el Servicio de Urgencias pasa a planta de Pediatría General (Pte de nueva valoración en Cardiología infantil, por detectarse cardiomegalia durante el ingreso anterior y por referir sudoración con las tomas con estancamiento ponderal).

Fue valorado en varias ocasiones por Cardiología pediátrica, siendo diagnosticado de cardiopatía congénita (Comunicación Interventricular e Hipertensión Pulmonar), probablemente compleja, pendiente de filiar.

En los comentarios de evolución, de 05/11/08, se recogen los resultados del segundo Ecocardiograma con el siguiente comentario: "Queda por determinar cuál es la causa fundamental de este aumento de presiones pulmonares, porque no creo que todo sea debido a la CIV, ni tampoco al problema respiratorio, que actualmente parece estar resuelto, Pendiente de nueva exploración ecocardiográfica".

El paciente en quien se sospecha o se ha confirmado hipertensión pulmonar es un paciente crítico de alto riesgo. No obstante, el día 06/11/08, con hipertensión pulmonar sin causa identificada, aunque persiste tiraje subcostal (dificultad respiratoria) y ha precisado oxigenoterapia intermitente hasta ese momento, se considera la evolución como favorable y se decide el alta hospitalaria.

Al día siguiente, 07/11/08, ingresó en el Hospital La Paz, tras ser atendido en urgencias del Hospital Niño Jesús por dificultad respiratoria y diagnosticar VAP.

3°.- Don Ezequias , Jefe del Servicio de Pediatría del Hospital Infanta Elena de Valdemoro, manifiesta en su valoración que: "la persistencia del foramen oval permeable con shunt I-D, evitó que se manifestara precozmente la ventana aorto-pulmonar. Una vez el foramen oval se hizo impermeable es cuando el paciente empezó a presentar síntomas cardíacos que facilitaron el posterior diagnóstico. El Servicio de Pediatría actuó en todo momento de manera profesional y según lex artis".

Sin embargo se aprecia una utilización de los medios diagnósticos necesarios claramente inadecuada. Durante los 4 primeros meses de vida del niño, después de tres visitas a urgencias, con sintomatología respiratoria, y un ingreso de tres días no se había realizado ninguna prueba de imagen. En las sucesivas consultas (excepto en el ingreso de 25/09/2008) se refleja en la auscultación normal sin soplos, no se cita el foramen oval persistente ni en los antecedentes ni en el diagnóstico, lo que apunta más a un error diagnóstico que a la ocultación de la malformación por el FOP. En todo caso, sin olvidar la dificultad diagnóstica de esta malformación, ante la evolución del paciente y la frecuencia con que se dan malformaciones asociadas, se debería haber seguido una actitud diagnóstica más activa para descartar otras malformaciones.

El segundo ingreso, con certeza de una cardiopatía compleja sin diagnosticar y con hipertensión pulmonar, se le dio alta por mejoría. Al día siguiente fue correctamente diagnosticado en el H. Niño Jesús.

Por tanto la actuación del Servicio de Pediatría del Hospital Infanta Elena de Valdemoro se puede decir que ha sido muy económica por no utilizar los medios diagnósticos necesarios. Y por la misma razón no ajustada a la lex-artis.

4°.- De los principales métodos diagnósticos habituales, los tres principales son el Electrocardiograma, la Radiografía de Tórax y el Eco-cardiograma con estudio Doppler. Hay que destacar que los hallazgos en el ECG y Rx tórax suelen ser inespecíficos, por ello la ecocardiografía debe de ser el método diagnóstico de elección. Combinados nos informarán de una manera bastante segura en más del 98 % de los casos sobre el diagnostico. Aun así son posibles algunos diagnósticos falsos positivos y negativos, por ello algunos especialistas recomiendan confirmar el diagnóstico mediante estudio hemodinámico.

En el hospital de Valdemoro, después de varias consultas externas, tres asistencias en urgencias y tres ingresos hospitalarios no se llegó a un diagnóstico acertado por no utilizar los medios diagnósticos disponibles y necesarios (ECO-doppler y/o estudio hemodinámico).

A consecuencia de la falta de un diagnóstico precoz en el Hospital de Valdemoro (diagnóstico precoz que era posible de haber utilizado los métodos habituales y disponibles) se produjo una demora importante en la necesaria corrección quirúrgica de la malformación congénita.

El tratamiento de elección de la VAP es quirúrgico en todos los casos y, debido al rápido desarrollo de hipertensión pulmonar que lleva a enfermedad vascular pulmonar irreversible, se debe reparar la malformación

al ser diagnosticada, preferentemente antes de los 6 meses de edad (entre los 3 y los 6 meses). Aunque en la literatura médica se encuentran casos de pacientes corregidos hasta de 13 años de edad, el pronóstico y la evolución posoperatoria guarda relación con la edad de la indicación.

Después de la intervención quirúrgica realizada al niño Cecilio en el Servicio de Cardiología Pediátrica del Hospital La Paz, en el momento del alta hospitalaria, el 20/12/2008, presentaba Insuficiencia mitral leve-moderada e Hipertensión pulmonar leve. Secuelas que están directamente relacionadas con la demora de la intervención quirúrgica ".

SEXTO.- La valoración de la prueba practicada en este proceso aconseja las siguientes consideraciones previas:

La primera de ellas es que las reglas generales sobre distribución de la carga probatoria entre las partes establecidas en el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil presentan un matiz derivado del principio de facilidad probatoria que, como luego se dirá, es de gran relevancia en el caso de autos.

La segunda, que las pruebas periciales no acreditan irrefutablemente un hecho, sino que expresan el juicio o convicción del perito con arreglo a los antecedentes que se le han facilitado, por lo que no prevalecen necesariamente sobre otros medios de prueba, ya que no existen reglas generales preestablecidas para valorarlas, salvo la vinculación a las reglas de la sana crítica en el marco de la valoración conjunta de los medios probatorios traídos al proceso, aunque es claro que la fuerza probatoria de los dictámenes periciales reside en gran medida en su fundamentación y coherencia interna, en la cualificación técnica del perito y en su independencia o lejanía respecto a los intereses de las partes.

Y la tercera, que en los informes de la Inspección Sanitaria la opinión de los técnicos no se ha traído al proceso como prueba pericial, sino como documental inserta en el expediente administrativo, pero ello no supone que tales opiniones queden privadas o tengan menor fuerza de convicción que la de los peritos, y han de ser ponderadas como elemento de juicio en la valoración conjunta de la prueba, siendo de significar que los Inspectores Médicos son independientes del caso y de las partes y que, salvo que se demuestre lo contrario, actúan con criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad.

Y así, en el caso de autos atribuimos relevante fuerza de convicción al informe emitido por la Inspección Sanitaria, no sólo porque uno de los criterios a atender en la valoración conjunta de la prueba es el de la independencia del inspector médico respecto de los intereses en juego en este proceso, sino también porque sus conclusiones se hallan exhaustivamente fundamentadas, por la objetividad que su contenido denota y porque ha tenido en consideración cuantos hechos y conocimientos técnicos se precisaban para la emisión de un informe equilibrado, cuyas conclusiones coinciden, además, con las del informe del perito designado por la parte actora y no han sido enervadas por los de la perito designada por la parte codemandada, que se centra fundamentalmente en la valoración del daño.

Lo cierto es que la valoración conjunta de la prueba nos lleva a concluir que la asistencia prestada a Cecilio en el Hospital Infanta Elena no se ajustó a la "lex artis" por haberse dejado de utilizar los medios necesarios y al alcance del centro para diagnosticar y tratar prontamente la ventana aorto-pulmonar con que nació y de la que no fue intervenido sino a raíz de que sus padres lo llevaran al Hospital Infantil Niño Jesús -ese mismo día se le trasladó, para intervención, al Hospital Materno Infantil La Paz, aunque la intervención quirúrgica que necesitaba hubo de retrasarse debido a que padecía un proceso infeccioso-.

Y así, se ha puesto de manifiesto que, durante el tiempo en que fue asistido en el Hospital Infanta Elena antes de que hubiera cumplido 4 meses, no se le realizó ninguna prueba de imagen pese a que iba evolucionando desfavorablemente, con visitas a urgencias con sintomatología respiratoria y con un ingreso hospitalario; y sólo cuando, con 6 meses de edad, ingresó en la planta de Pediatría, se le realizó un ECG y Rx Tórax.

En otro ingreso, transcurrido desde el día 24 de octubre al 6 de noviembre de 2008, fue valorado por Cardiología pediátrica, diagnosticado de cardiopatía congénita pendiente de filiar, y habiéndose objetivado en un segundo Ecocardiograma hipertensión pulmonar, lo que hacía del niño un paciente crítico de alto riesgo, se le dio de alta hospitalaria al considerarse que su evolución era favorable, a pesar de que persistía la dificultad respiratoria y de que, hasta ese momento, había precisado oxigenoterapia intermitente.

"Al día siguiente fue correctamente diagnosticado en el H. Niño Jesús" , como explica el informe de la Inspección Sanitaria, que califica como " muy económica por no utilizar los medios diagnósticos necesarios. Y por la misma razón no ajustada a la lex-artis " la actuación del Servicio de Pediatría del Hospital Infanta

Elena de Valdemoro que, según ese mismo informe, debió realizarle al niño un ECO-doppler y/o estudio hemodinámico.

Por falta de un diagnóstico precoz, que habría podido efectuarse en el Hospital Infanta Elena de Valdemoro, si hubiera utilizado los métodos habituales que estaba a su disposición, se produjo una demora importante en la corrección quirúrgica de la malformación congénita que padecía el niño que, al momento de su alta en el Hospital La Paz, presentaba insuficiencia mitral leve-moderada e hipertensión pulmonar leve, que el informe de la Inspección Sanitaria considera secuelas *"directamente relacionadas con la demora de la intervención quirúrgica"*, y que consideramos acreditadas no sólo por haberse recogido en el motivado e imparcial informe de la Inspección Sanitaria, sino también porque el informe pericial complementario de la Doctora Cecilia, designada por la codemandada, se acusa no haber podido acceder a los informes de las revisiones posteriores al alta en el Hospital La Paz, que no son otros que los existentes en el Hospital Infanta Elena, lo que la doctora Cecilia dice que se ha debido a que el Hospital de Valdemoro ha remitido a la Sala una información que pertenecía a otro paciente, lo que implica que las partes demandada y codemandada deban asumir las consecuencias probatorias negativas de esa falta de información.

Por ello, la apreciación racional y en conjunto del material probatorio aportado al proceso nos lleva a concluir que en este caso los demandantes han cumplido con la carga probatoria, que les impone el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, de acreditar que la atención sanitaria prestada al hijo de los recurrentes no fue conforme con la "lex artis" así como las secuelas derivadas de tal infracción, por lo que procede condenar a la Comunidad de Madrid -pues la entidad "CAPIO VALDEMORO S.A." no ha sido demandada, aunque ello no perjudica la acción de reclamación que pueda corresponder a la Administración- al pago de las indemnizaciones que señalamos a continuación, ya que de las pruebas practicadas en este proceso puede derivarse la conclusión de que el diagnóstico precoz y una mucho más pronta corrección quirúrgica de la cardiopatía congénita que padecía, habría sido absolutamente favorable para el niño, y le habría evitado la insuficiencia mitral leve-moderada y la hipertensión pulmonar leve causadas por la demora de la intervención.

SÉPTIMO. - En orden a la determinación de "quantum" indemnizatorio, la doctrina jurisprudencial (por todas, la sentencia del Tribunal Supremo de fecha 19 de julio de 1997) no excluye la utilización de algún baremo objetivo, siempre y cuando se utilice con carácter orientativo y no vinculante, por lo que, tendremos en consideración como mero criterio orientativo parcial, el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprobó el Texto Refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor, y la Resolución de 21 de enero de 2013, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, puesto que también hemos de tener en cuenta, para determinar el importe de la indemnización, la gravedad de la negligencia en la prestación sanitaria, muy económica para el Hospital Infanta Elena de Valdemoro, por no haber utilizado los medios diagnósticos necesarios pese a las frecuentes vistas a urgencias y a los diversos ingresos hospitalarios en dicho centro, la pequeñísima edad del paciente, el largo tiempo en que el niño sufrió las consecuencias de la desatención, el período de demora en la corrección quirúrgica de la malformación congénita, que resultaba de todo punto necesaria si se quería evitar el rápido desarrollo de una hipertensión pulmonar, las secuelas que le han quedado así como la circunstancia de que la hipertensión pulmonar lleva a una enfermedad vascular pulmonar irreversible, y el daño moral causado tanto al menor Cecilio como a sus padres.

Consideramos pertinente ajustarnos a la resolución de 21 de enero de 2013, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, por las razones que posteriormente se dirán, para fijar la indemnización por el tiempo de sanidad, si bien no compartimos los criterios rectores del informe de la doctora Cecilia, sino que estimamos que debemos aplicar los siguientes: como día inicial del período tomamos el 26 de marzo de 2008, fecha en que se dio el alta después del nacimiento con recomendación de pedir cita para consulta de Cardiología Infantil; consideramos como día final el 9 de septiembre de 2009, pues Cecilio estuvo en tratamiento con medicación hasta entonces, lo que s.e.u.o. hace un total de 532 días, de los cuales 253 días fueron improductivos, pues consideramos como tales los transcurridos desde el 26 de marzo al 20 de diciembre de 2008, en que, por el retraso en el diagnóstico y en la consiguiente intervención quirúrgica, el niño estuvo padeciendo los trastornos y dolencias derivados de la falta de diagnóstico y necesaria corrección de su cardiopatía congénita, que no se habrían producido si los servicios sanitarios del Hospital Infanta Elena hubieran actuado con diligencia; el resto, 279 días, los consideramos no improductivos. En relación a los días improductivos, ha de precisarse que 22 lo fueron con estancia hospitalaria en el Hospital Infanta Elena. En consecuencia, la indemnización procedente por este concepto asciende a 25.054,47 euros.

Respecto a la indemnización de las secuelas de insuficiencia mitral leve-moderada y de hipertensión pulmonar leve, al no corresponder con exactitud a las secuelas recogidas en el Real Decreto Legislativo

8/2004, al no haber encontrado concretos criterios jurisprudenciales de comparación y teniendo en cuenta la cortísima edad de la víctima y las consecuencias de las secuelas en su salud futura, consideramos adecuada la cantidad de 100.000 euros.

Las anteriores indemnizaciones, que ascienden a la cantidad de 125.054,47 euros e incluyen el correspondiente daño moral a la víctima, se acuerdan a favor de Cecilio .

En las circunstancias expuestas, es claro que los pares del niño han sufrido un daño moral derivado de la falta de prestación, durante largo tiempo, de una adecuada asistencia sanitaria a su hijo, cuya temprana edad y sufrimientos han debido causarles honda preocupación y dolor; en este caso el resarcimiento carece de módulos objetivos, lo que conduce a valorarlo en una cifra razonable, que, como señala la jurisprudencia, siempre tendrá un cierto componente subjetivo, dadas las dificultades que comporta la conversión de circunstancias complejas y subjetivas en una suma dineraria (por todas, la sentencia del Tribunal Supremo de 19 de julio de 1997), y que consideramos que debe ascender a la cantidad de 10.000 euros.

Por último, en lo relativo a la petición de los intereses que correspondan, únicamente procede acordar el pago del interés legal devengado por las indemnizaciones acordadas desde la presente resolución hasta su completo pago, porque en doctrina jurisprudencial pacífica, expresada, entre otras, en la sentencia del Tribunal Supremo de 21 abril 1998 , y las que en ella se citan, se considera como uno de los instrumentos adecuados para hacer efectivo el principio de indemnidad, junto con otros posibles procedimientos de actualización o compensación de la mora, como el abono de intereses (Sentencia de 20 octubre 1997), la consideración de la obligación pecuniaria de resarcimiento como una deuda de valor, que lleva a fijar la cuantía de la deuda actualizada al momento de su determinación o fijación, y no al momento de producción del daño (Sentencias del Tribunal Supremo de 15 de enero de 1992 , de 24 de enero de 1997 y de 16 de diciembre de 1997 , entre otras), por todo lo cual procede estimar parcialmente el presente recurso contencioso administrativo.

OCTAVO.- Conforme a lo dispuesto en el artículo 139 de la Ley Jurisdiccional , no ha lugar a formular condena al pago de las costas causadas en este proceso.

Vistos los preceptos citados y los demás de general y pertinente aplicación

FALLAMOS:

Que estimamos parcialmente el recurso contencioso administrativo interpuesto por doña Amalia y don Juan Carlos contra la desestimación, por silencio administrativo, de la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada el día 9 de septiembre de 2009 ante la Comunidad de Madrid, cuya responsabilidad patrimonial declaramos y a la que condenamos a que les indemnice a Cecilio en la cantidad de 125.054,47 euros, y a sus padres en la cantidad conjunta de 10.000 euros, que se consideran actualizadas a la fecha de esta sentencia, más los intereses legales devengados desde la fecha de la presente resolución hasta el completo pago, sin formular condena en costas.

La presente resolución es firme.

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

PUBLICACIÓN.- Leída y publicada ha sido la anterior sentencia por la Ilma. Sra. Magistrada Ponente Dña. FRANCISCA ROSAS CARRION, estando la Sala celebrando audiencia pública en el mismo día de su fecha, de lo que, como Secretario, certifico.