

Dictamen nº: **51/17**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación **02.02.17**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 2 de febrero de 2017, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3.f).a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña. C.R.N., Dña. E.S.R. y D. J.L.S.R., (en adelante “*los reclamantes*” o “*los interesados*”), esposa e hijos, respectivamente, de D. J.L.S.C. (en adelante “*el paciente*” o “*el fallecido*”), en relación con la asistencia sanitaria prestada al mismo por el Hospital Universitario de Getafe.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Por escrito presentado en un Registro de la Comunidad de Madrid el día 13 de julio de 2015, los reclamantes antes citados, formulan solicitud de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos al entender que al paciente no se le hicieron pruebas complementarias para poder descartar el infarto que sufriría unas horas después de haber abandonado el Servicio de Urgencias.

Refieren que el paciente, acudió el día 15 de julio de 2014, al Centro de Salud Ciudades en Getafe por presentar un cuadro de dolor dorsal de

un día de evolución, y que tras el examen, el médico le suspendió la ingesta del medicamento Aldomet que tomaba de forma habitual y le recomendó que de continuar el dolor acudiera al Servicio de Urgencias.

Indican que al haberse incrementado los dolores, el paciente acudió unas horas más tarde al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Getafe donde lo examinó una doctora M.I.R. de medicina Familiar y Comunitaria, a las 23:25 horas, y le dio el alta a las 00:00 horas tras diagnosticarle una contractura muscular cervical.

Añaden que unas pocas horas después, el paciente entró en parada cardiorrespiratoria y falleció pese a la asistencia prestada por el SUMMA 112.

Entienden que a la vista de sus antecedentes personales y de la medicación que tomaba para tratarse la tensión y el corazón, la doctora lo atendió negligentemente, pues debería haberle derivado a un cardiólogo de guardia u ordenado que se le realizara un electrocardiograma y una analítica para descartar la subida de Troponina y determinar que no estaba sufriendo un infarto.

Los interesados solicitan una indemnización de 82.276,40 euros para la esposa y 9.586,26 euros para cada uno de los hijos, esto es, un total de 101.448,92 euros por los daños y perjuicios sufridos.

Dicen acompañar como documentos, los informes del médico de cabecera, de la doctora del Servicio de Urgencias y del equipo del SUMMA 112, que sin embargo, no figuran acompañados (folios 1 a 11 del expediente administrativo).

**SEGUNDO.-** Del estudio del expediente resultan los siguientes hechos, de interés para la emisión del dictamen:

El paciente, de 68 años de edad, acude el día 15 de julio de 2014 a su médico de familia, que le realiza el control anual de atención al paciente crónico por presentar hace 15 años un infarto agudo de miocardio (IAM). Presenta como factores de riesgo, que fuma medio paquete de cigarrillos/día, presenta criterios de hipertensión arterial en tratamiento y dislipemia. En la consulta no se detectan anomalías, se cambia el tratamiento suspendiendo Aldomet e inicio de Higrotona, además se prescribe paracetamol.

El mismo día, a las 21 horas y 10 minutos se registra en el informe del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Getafe, que el paciente acude *“por dolor en región dorsal desde hace 1 día de evolución tras levantarse de la siesta tras haber descansado en el sofá. El dolor aumenta con los movimientos posturales y mejora con el reposo. Ha tomado sólo 1 comprimido de paracetamol en casa. No refiere sobreesfuerzos previos ni ha cogido peso estos días. No fiebre. No otra clínica”*.

En la exploración física consta: Temperatura: 36.8°C. Frecuencia Cardíaca: 69 lpm. Tensión arterial 183/83 mmhg. Saturación O<sub>2</sub>: 93% basal. *“Consciente, orientado en las tres esferas. Bien hidratado, nutrido y perfundido, normocoloreado. Eupneico. Cabeza y cuello: No palpo adenopatías, no bocio. Dolor a la palpación de musculatura paravertebral cervical bilateral y dorsal bilateral. Se palpan contracturas cervicales a ambos lados. Tórax: No dolor a la palpación ni con movimientos respiratorios. AP: Murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. AC: Rítmico, no soplos. Exploración neurológica: Glasgow 15/15. Funciones superiores conservadas”*.

Tras llegar al juicio Clínico de *“Contracturas musculares cervicales”*, se establece como Plan: *“Observación domiciliaria, Reposo relativo, Evitar movimientos bruscos. Enantyum 25 mg 1 comprimido cada 8 horas tras las comidas durante 3-4 días. Diazepam 5 mg 1 comprimido las 3*

*primeras noches antes de acostarse. Aplicación de calor local en la zona. Control por su médico de cabecera. Volver a urgencias si complicaciones”, y se da de alta al paciente a las 00:00 horas.*

El día 16 de julio de 2014, cerca de las 4 de la madrugada, acude el SUMMA 112 al domicilio del paciente por recibir un aviso de la familia de que presenta disnea súbita (dificultad respiratoria). A su llegada, el paciente está en parada cardio-respiratoria (PCR), desde hace 10 minutos según la familia. En la exploración realizada se constata que está en apnea y la vía aérea está permeable, que no tiene pulso, con pupilas no reactivas y midriáticas, que está inconsciente con Glasgow 0. Se le practican maniobras de reanimación cardiorrespiratoria (RCP) durante 30 minutos con administración de adrenalina, y finalmente, se diagnostica muerte por parada cardiorrespiratoria (asistolia).

**TERCERO.-** Presentada la reclamación se acordó la instrucción del expediente, conforme a lo previsto en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante, LRJ-PAC), y el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (en adelante, RPRP), lo que se notificó a interesados y a la compañía aseguradora del Servicio Madrileño de Salud (folios 12 a 15).

Por el instructor se requirió a los reclamantes para que aportaran los informes que decían acompañar en su escrito de reclamación en plazo de 10 días (folio 77 a 79). Tal requerimiento no fue cumplimentado y el procedimiento continuó su tramitación. No obstante, tales documentos obran en el expediente al ser incorporados por el instructor.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 10 del RPRP, se ha incorporado al expediente, además de la historia clínica de Atención Primaria y del informe de atención dispensado por el SUMMA 112, el

informe preceptivo del servicio médico afectado, en concreto el del coordinador de Urgencias del Hospital Universitario de Getafe por la atención de dicho hospital, de 23 de julio de 2015 (folios 70 a 76).

El citado informe refleja que el paciente refería dolor dorsal desde el día anterior y al no evidenciar signos de alarma las constantes vitales y la queja, se le clasificó como estándar y pasó a ser atendido por Consultas generales. Asimismo define la exploración física realizada como muy completa, y en relación al contenido del escrito de reclamación, detalla cuáles son los perfiles del dolor isquémico en la angina de pecho y en el infarto de miocardio, perfiles que el paciente no indicó ni en el Triage ni a la doctora que lo atendió en consulta, por lo que concluye que *“en base a los síntomas que el paciente refería y exploración física, ambas concuerdan más con el dolor clasificado como osteomuscular”*.

Finalmente, sobre la realización de pruebas complementarias, indica que: *“tomando en consideración el Informe Clínico emitido y por los datos que en él figuran (anamnesis y exploración) no se requería para su diagnóstico ningún otro tipo de exploración complementaria”*.

Se ha incorporado al expediente, el informe de fecha 21 de junio de 2016 de la Inspección Médico Sanitaria (folios 80 a 92), que tras examinar la reclamación, la documentación obrante en el expediente que incluye las historias clínicas y el informe del servicio afectado y los hechos acontecidos, refiere que:

*“La reclamación estima que por los antecedentes personales -IAM, fumador habitual, Hipertensión Arterial, la medicación- y familiares -padre fallecido por infarto- no entiende el hecho de no realizar un Electrocardiograma o una analítica sangre midiendo Troponina -proteínas que se secretan cuando el miocardio resulta dañado-, por lo que si se hubiera realizado dichas pruebas complementarias,*

*entonces se habría descartado que sufriera un infarto y casi con toda certeza habría podido salvarle la vida.*

*La realidad es bien distinta:*

*1. Por un lado, los llamados factores de riesgo, definidos como cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. El objetivo es tratar todos y cada uno de los factores de riesgo que están presentes -Tensión arterial alta, dislipemia, tabaco...- para que realmente éste riesgo de padecer enfermedad o lesión disminuya. Para eso está las citas programadas para el control del paciente crónico de forma periódica -anual-.*

*Es lo que se hizo en este paciente, el día 15 de julio en la consulta de atención primaria, sin detectar anomalías, más allá de que el paciente seguía sin controlar los diferentes factores de riesgo.*

*2. Por otro lado está la patología aguda, en este caso el paciente presenta dolor agudo que fue estudiado en Urgencias hospitalarias. Ahí está la importancia de la anamnesis -interrogatorio- y exploración física del paciente: los signos y síntomas de la queja. En este paciente, la médico confirmó el dolor de origen osteomuscular y descartó origen cardiaco: las características del dolor, la auscultación cardíaca fue normal, la tensión arterial (TA) alta en un paciente hipertenso y correcta la frecuencia cardíaca.*

*El protocolo no indica realizar pruebas complementarias diagnósticas a lo tonto, sino para confirmar diagnóstico tras la anamnesis y exploración física.*

*Para descartar cardiopatía isquémica en este paciente no tenía sentido al no presentar ni signos ni síntomas”.*

Por ello, el Informe de Inspección concluye que: “A la vista de la Historia Clínica y en ausencia de una autopsia postmortem, la asistencia sanitaria de este paciente fue acorde a los Protocolos”.

Tras la incorporación al procedimiento de los anteriores informes, se ha evacuado el oportuno trámite de audiencia notificado a los interesados, y éstos presentaron un escrito de alegaciones el 30 de septiembre de 2016 en el que mostraban su disconformidad con las conclusiones del médico inspector y dan por reproducidas las alegaciones efectuadas en su escrito de reclamación y la pretensión indemnizatoria (folios 93 a 104).

Con fecha 15 de noviembre de 2016, el viceconsejero de Sanidad formula propuesta de resolución que desestima la reclamación al considerar que la asistencia dispensada fue conforme, respetuosa y acorde con el principio de la *lex artis* (folios 105 a 109).

**CUARTO.-** Por escrito del consejero de Sanidad, de 21 de diciembre de 2016 con registro de entrada en esta Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid el día 23 de diciembre de 2016, se nos formuló preceptiva consulta.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 645/16, al letrado vocal D. Roberto Pérez Sánchez, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 2 de febrero de 2017.

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

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes,

### **CONSIDERACIONES DE DERECHO**

**PRIMERA.-** La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo de acuerdo con el artículo 5.3.f).a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a quince mil euros y a solicitud de un órgano legitimado para ello, según el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid (en adelante ROFCJA), aprobado por Decreto 5/2016, de 19 de enero, del Consejo de Gobierno, (*“será recabado (...) por el Presidente de la Comunidad de Madrid, el Consejo de Gobierno o cualquiera de sus miembros”*).

**SEGUNDA.-** La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado a instancia de interesados según consta en los antecedentes, se encuentra regulada en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), al igual que lo hacían los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC, desarrollados en el RPRP.

La Disposición transitoria tercera de la LPAC dispone que *“A los procedimientos ya iniciados antes de la entrada en vigor de la Ley no les será de aplicación la misma, rigiéndose por la normativa anterior”*, por ello, al haberse iniciado el procedimiento de responsabilidad patrimonial con anterioridad a la entrada en vigor de la LPAC según su Disposición final séptima, la tramitación se regirá por los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC, desarrollados en el RPRP.

Los reclamantes están legitimados activamente, conforme al artículo 139 de la LRJ-PAC, en tanto que sufren el daño moral que dicen ocasionado por el fallecimiento de su marido y padre, respectivamente. “Daño moral cuya existencia no necesita prueba alguna y ha de presumirse como cierto” (Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de noviembre de 2004 –recurso 7013/2000- y en similar sentido la Sentencia de 25 de julio de 2003 –recurso 1267/1999-) y que jurisprudencia consolidada ha admitido como supuesto de lesión indemnizable (Sentencias del Tribunal Supremo de 27 de noviembre de 1993 –recurso 395/1993-, 19 de noviembre de 1994 –recurso 12968/1991- y 28 de febrero de 1995 - recurso 1902/1991-), aunque de difícil valoración económica. Es un derecho originario y propio de los familiares.

Los reclamantes aducen su relación de parentesco con el fallecido, si bien no se ha aportado ninguna documentación acreditativa de esa relación familiar ni consta que la Administración haya requerido la subsanación de este extremo lo que deberá hacer antes de dictar la resolución que ponga fin al procedimiento.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid como titular del servicio a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

El plazo para el ejercicio de la acción indemnizatoria, es de un año, a contar desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo (cfr. artículo 142.5 de la LRJ-PAC). El hecho originante lo sitúan los interesados el 15 de julio de 2014 en que el paciente fue atendido en el Hospital Universitario de Getafe, si bien, su fallecimiento se produjo el día 16 del mismo mes y año que es el *dies a quo*, y su reclamación la formulan el día 13 de julio de 2015, por lo que no cabe duda que la reclamación se haya presentado en plazo legal.

En otro orden de cosas, no se observa ningún defecto en el procedimiento tramitado. Se ha recabado el informe, de acuerdo con el artículo 10 del RPRP, al servicio a cuyo funcionamiento se imputa la producción del daño, y el instructor del procedimiento ha solicitado informe a la Inspección Sanitaria.

Tras la incorporación de los anteriores informes, se ha dado audiencia a los reclamantes, de conformidad con los artículos 11 del RPRP, y 84 de la LRJ-PAC.

**TERCERA.-** El instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración se reconoce en el art. 106.2 de la Constitución, que garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley, previsión desarrollada por los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC, al igual que hoy se hace en la LPAC y en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP).

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, por todas, las Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 17 de julio de 2015 (recurso de casación 3547/2013) y 25 de mayo de 2014 (recurso de casación 5998/2011), requiere conforme a lo establecido en el art. 139 de la LRJ-PAC:

a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata

y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. Así, la Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de junio de 2007 (Recurso 10231/2003), con cita de otras muchas declara que *“es doctrina jurisprudencial consolidada la que sostiene la exoneración de responsabilidad para la Administración, a pesar del carácter objetivo de la misma, cuando es la conducta del propio perjudicado, o la de un tercero, la única determinante del daño producido aunque hubiese sido incorrecto el funcionamiento del servicio público (Sentencias, entre otras, de 21 de marzo, 23 de mayo , 10 de octubre y 25 de noviembre de 1995, 25 de noviembre y 2 de diciembre de 1996 , 16 de noviembre de 1998 , 20 de febrero , 13 de marzo y 29 de marzo de 1999)”*.

c) Que exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, sin que ésta sea producida por fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005 y las sentencias allí recogidas) *“no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”*.

**CUARTA.-** En la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público. El criterio de la actuación conforme a la denominada *lex artis* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios, pues la responsabilidad no nace sólo por la lesión o el daño, en el sentido de daño antijurídico, sino que sólo surge si, además, hay infracción de ese criterio o parámetro básico. Obviamente, la obligación del profesional sanitario es prestar la debida

asistencia, sin que resulte razonable garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

En este sentido, las Sentencias del Tribunal Supremo de 27 de noviembre de 2000 (recurso nº 8252/2000), 23 de febrero de 2009 (recurso nº 7840/2004) y 29 de junio de 2011 (recurso nº 2950/2007) disponen que *“se trata, pues, de una obligación de medios, por lo que sólo cabe sancionar su indebida aplicación, sin que, en ningún caso, pueda exigirse la curación del paciente. La Administración no es en este ámbito una aseguradora universal a la que quepa demandar responsabilidad por el sólo hecho de la producción de un resultado dañoso. Los ciudadanos tienen derecho a la protección de su salud (artículo 43, apartado 1, de la Constitución), esto es, a que se les garantice la asistencia y las prestaciones precisas [artículos 1 y 6, apartado 1, punto 4, de la Ley General de Sanidad (RCL 1986, 1316) y 38, apartado 1, letra a), del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (RCL 1994, 1825)] con arreglo al estado de los conocimientos de la ciencia y de la técnica en el momento en que requieren el concurso de los servicios sanitarios (artículo 141, apartado 1, de la LRJ-PAC); nada más y nada menos”*.

La misma Sala Tercera del Tribunal Supremo, en Sentencias de 19 de julio de 2004 (recurso nº 3354/2000) y 4 de abril de 2011 (recurso de casación nº 5656/2006), afirma que *“lo que viene diciendo la jurisprudencia y de forma reiterada, es que la actividad sanitaria, tanto pública como privada, no puede nunca garantizar que el resultado va a ser el deseado, y que lo único que puede exigirse es que se actúe conforme a lo que se llama lex artis”*.

Según la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (Sección 4ª) de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación 4397/2010), la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, como reiteradamente ha señalado dicho Tribunal (por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012 (recurso de

casación núm. 4229/2011) y 4 de julio de 2013, (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.

**QUINTA.-** En el presente caso queda acreditado que el paciente fue diagnosticado el 15 de julio de 2014 de “*Contracturas musculares cervicales*” y el 16 de julio de 2014, sufrió muerte súbita por “*parada cardiorrespiratoria (asistolia)*”.

Sin embargo, del examen de la documentación obrante en el expediente relativa a la atención sanitaria prestada al paciente, se desprende la corrección de la asistencia prestada, sin que pueda considerarse infringida la *lex artis* como parámetro de antijuridicidad del daño, ni que el fallecimiento se haya producido por la atención dispensada al mismo que los reclamantes califican de negligente.

Como señalamos anteriormente, en las reclamaciones de responsabilidad patrimonial por asistencia sanitaria es a la parte reclamante a la que incumbe, como regla general ordinaria, la carga de la prueba. Así lo entendió también el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en la Sentencia núm. 1707/2008, de 17 de septiembre, al matizar que *“corresponde al reclamante la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia se alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la lex artis médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama”* y en la Sentencia de 20 de septiembre de 2016 (recurso 60/2014), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

Además hemos de tener presente, como recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en sentencia de 18 de marzo de 2016 (recurso 154/2013) que *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales medicas pues se está ante una cuestión eminentemente técnica y como este Tribunal carece de conocimientos técnicos-médicos necesarios debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos. En estos casos los órganos judiciales vienen obligados a decidir con tales medios de prueba empleando la lógica y el buen sentido o sana crítica con el fin de zanjar el conflicto planteado”*.

Pues bien, los reclamantes no han aportado al procedimiento criterio médico o científico, avalado por profesional competente, que sirva para corroborar técnicamente la mala praxis médica en que se basa la reclamación, pues se limitan a cuestionar personalmente la asistencia recibida por el paciente. Frente a ello, tanto la historia clínica como los informes médicos obrantes en el expediente desvirtúan los reproches de los reclamantes.

Así, el informe del Coordinador de Urgencias del Hospital Universitario de Getafe, tiene en cuenta el motivo de consulta referido por el paciente en el área de Clasificación y Triage, por lo que ante las constantes vitales que se reflejan en la base de datos de esa primera asistencia y su motivo de queja, no se evidenció signo de alarma y se le clasificó como estándar y pasó a ser atendido por Consultas generales. También, examina la atención dispensada posteriormente por la doctora que incluye una exploración física muy completa, y expresa que la sintomatología referida por el paciente y la exploración física concuerdan con el dolor clasificado como osteomuscular, por lo que no se requería para su diagnóstico ningún otro tipo de exploraciones complementarias.

Por otra parte, tendremos en cuenta que el informe de la Inspección Sanitaria ostenta una garantía de objetividad y rigor científico puesta de manifiesto en diversos dictámenes de esta Comisión Jurídica Asesora y en la jurisprudencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, como la sentencia de 20 de noviembre de 2014 (recurso 1152/2012), o la sentencia 4 de febrero de 2016 (recurso 459/2013) cuando señala que:

*“...sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis, puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del médico inspector, y de la coherencia y motivación de su informe”.*

El informe de Inspección obrante en el expediente, refleja que el objetivo de la Sanidad es tratar todos y cada uno de los factores de riesgo que presenta el paciente para que ese riesgo de padecer enfermedad o lesión disminuyan, y para ello están las citas programadas como la que se verificó el día 15 de julio en la consulta de atención primaria en que no se detectaron anomalías. Por otra parte y por lo que se refiere a la

patología aguda de la que fue atendido en el Servicio de Urgencias, el informe afirma que la anamnesis y la exploración física del paciente permitieron confirmar el dolor osteomuscular y descartar el origen cardiaco por las características del dolor, la normalidad de la auscultación cardiaca y la corrección de la frecuencia cardiaca, aun con la tensión arterial alta por ser paciente hipertenso. Por ello señala que no tenía sentido realizar pruebas diagnósticas complementarias al paciente para descartar una cardiopatía isquémica al no presentar signos ni síntomas.

Así, hemos de considerar que la asistencia prestada al paciente no puede catalogarse como incorrecta, pues no resulta acreditado que se errara en el diagnóstico efectuado ni que se omitieran pruebas diagnósticas adecuadas como señalan los reclamantes, ya que su fallecimiento fue un hecho totalmente ajeno a la atención médica dispensada.

Para evaluar la corrección de una concreta práctica médica hay que estar a la situación y síntomas del momento en que se realiza esta. Ello se traduce en que se deben aplicar al paciente todos los medios disponibles para su diagnóstico y tratamiento. Esta obligación de medios debe entenderse ceñida al contexto del momento y las circunstancias en que se efectúa la asistencia, es decir, a los síntomas que presenta el paciente y a las probabilidades, en función de los mismos, de que padezca una determinada patología. No es de obviar en este punto, que el paciente no presentaba el 15 de julio de 2014 clínica que pudiese predecir que horas después fallecería.

En definitiva, lo que procede es un empleo de medios ordinarios y diligencia para cerciorarse de los diagnósticos que se sospechen, sin que se pueda cuestionar el diagnóstico inicial por la evolución posterior de los acontecimientos.

Así se ha entendido por esta Comisión Jurídica Asesora en numerosos dictámenes, entre ellos el 242/16, de 23 de junio, el 462/16, de 13 de octubre y el 488/16, de 27 de octubre:

*«La realización de pruebas diagnósticas debe realizarse en función de criterios clínicos, pues entender lo contrario sería tanto como convertir la práctica médica en un aluvión de pruebas y estudios, por si acaso en alguno se detecta algo que a priori no se sospecha, dando lugar a lo que se ha denominado ‘medicina defensiva’, entendiendo la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 16 de marzo de 2010 (recurso 731/2008), que dicha actuación médica mediante la “solicitud indiscriminada de batería de pruebas diagnósticas” ha de calificarse como “ineficiente e insensata”».*

Asimismo, hemos de recordar, como hemos señalado en numerosos dictámenes, que no es posible argumentar la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o retraso diagnóstico o la inadecuación del tratamiento, mediante una regresión a partir del desgraciado curso posterior seguido por el paciente.

Al respecto, la Sentencia de 16 de marzo de 2016 (recurso de casación 2228/2014): *“Así es, la asistencia sanitaria es una obligación de medios y no de resultados, de modo que no puede apreciarse responsabilidad cuando se han empleado las técnicas y los instrumentos de que se dispone. Y es precisamente lo acaecido en este caso, en el que se han ido poniendo los medios adecuados, realizando pruebas diagnósticas, acordes con lo que sugerían, desde el punto de vista médico, las diferentes dolencias del recurrente”.*

Y, como indica el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en Sentencia de 14 de mayo de 2014 (recurso contencioso-administrativo 1236/2011):

*“En la valoración de la prueba también se ha sopesado la doctrina jurisprudencial sobre la prohibición de regreso lógico desde acontecimientos posteriores desconocidos en el momento del diagnóstico o de la conducta desencadenante del daño, declarada en las sentencias de la Sala Primera del Tribunal Supremo de 14 y 15 de febrero de 2006, 7 de mayo de 2007 y de 10 de junio de 2008, en la que, con cita de las anteriores, se recogía que:*

*«B) La valoración del nexo de causalidad exige ponderar que el resultado dañoso sea una consecuencia natural, adecuada y suficiente, valorada conforme a las circunstancias que el buen sentido impone en cada caso y que permite eliminar todas aquellas hipótesis lejanas o muy lejanas al nexo causal so pena de conducir a un resultado incomprensible o absurdo, ajeno al principio de culpa. La imputación objetiva al recurrente -o atribución del resultado, quaestio iuris [cuestión jurídica] revisable en casación en el ámbito de la aplicación del art. 1902 CC no puede llevar a apreciar una responsabilidad derivada de unos actos médicos sin más fundamento que ser anteriores en el tiempo y constituir eslabones en el curso de los acontecimientos cuando no podía preverse racionalmente el resultado final producido, ni a cuestionar el diagnóstico inicial del paciente si el reproche se realiza exclusivamente fundándose en la evolución posterior y, por ende, infringiendo la prohibición de regreso que imponen los topoi [leyes] del razonamiento práctico».*

En consecuencia, no resulta acreditada ni la infracción de la *lex artis* en la asistencia sanitaria prestada al paciente ni el error diagnóstico o asistencial como nexo causal entre tal asistencia sanitaria y los daños que se reclaman.

En mérito a todo lo anterior, la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid formula la siguiente,

## **CONCLUSIÓN**

Procede desestimar la reclamación por responsabilidad patrimonial objeto del presente dictamen, al no haberse acreditado la existencia de mala praxis en la atención dispensada al paciente ni concurrir nexo causal entre tal atención y el daño reclamado.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 2 de febrero de 2017

La Vicepresidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 51/17

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid