

Dictamen nº: **110/20**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **05.05.20**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión 5 de mayo de 2020, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por D., Dña. y D., por el fallecimiento de su hijo y hermano, D. que atribuyen a una deficiente asistencia sanitaria de su patología cardiaca, en el Hospital Puerta de Hierro Majadahonda.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 17 de agosto de 2018, los reclamantes citados en el encabezamiento presentaron en el registro de la Subdelegación de Gobierno de Pontevedra una reclamación de responsabilidad patrimonial, por el fallecimiento de su familiar y que atribuyen, al deficiente seguimiento de su patología cardiaca, en el Servicio Madrileño de Salud.

Sin concretar el centro sanitario donde había recibido la asistencia sanitaria objeto de reproche, señalaban brevemente en su reclamación que, el familiar de los reclamantes, nacido en el año

1990, había fallecido el 21 de agosto de 2017 en un municipio de la provincia de Pontevedra a consecuencia de un fallo cardiaco, y que desde principios del año 2016 había sido tratado en el Servicio de Salud de Madrid por problemas cardiacos “*sin que dicho servicio le prestase la atención debida*”.

Consideraban que, se había infringido la *lex artis* en la asistencia sanitaria dispensada ya que “*por ejemplo no se ha colocado un marcapasos, se han espaciado las consultas, las revisiones, ni se ha considerado potenciales patologías*”, lo que, en su opinión, hubiera evitado el fatal desenlace.

Solicitaban la incorporación al procedimiento de la historia clínica completa del paciente y una indemnización de 87.500 euros para la madre, 70.000 euros para el padre y 25.000 euros para el hermano.

Indicaban, la aportación en un momento posterior, de un informe pericial y la solicitud de responsabilidad al Servicio de Salud Gallego, sin que exista constancia documental de su incorporación al procedimiento.

Aportaban con la reclamación: el certificado de defunción, el libro de familia, el documento nacional de identidad de los familiares, diversa documentación médica, el informe médico forense y un informe histopatológico.

SEGUNDO.- Del estudio del expediente resultan los siguientes hechos de interés para la emisión del presente Dictamen:

El paciente, con 26 años de edad en el momento de los hechos, con antecedentes de tratamiento profiláctico para tuberculosis (sin síntomas) fue atendido en Urgencias del Servicio Gallego de Salud el 14 de junio de 2015 al presentar malestar general, fiebre y dos

mareos con palidez, sudoración y pérdida de conocimiento que recuperó en pocos minutos. Previa realización de pruebas, recibió alta el mismo día con diagnóstico de síncope de probable origen vasovagal.

El 20 de enero de 2016 acudió a la consulta de Atención Primaria del Centro de Salud Cerro del Aire de Majadahonda. El paciente refirió que, en alguna ocasión, previamente a los 18 años, y en los últimos seis meses, había tenido pérdidas de conocimiento de unos 10 segundos de duración, con rigidez, sin convulsiones, ni incontinencia de esfínteres. En la exploración el paciente presentaba una presión arterial de 126/84, buena ventilación, sin datos de focalidad neurológica, la auscultación cardiopulmonar era rítmica y no presentaba soplos. Con juicio clínico de posibles crisis comiciales, se solicitó analítica, ecocardiograma, radiografía de torax y se tramitó consulta a Neurología.

El 28 de enero de 2016 acudió nuevamente a la consulta de Atención Primaria con los resultados de la analítica y de la radiografía de torax, que no presentaban alteraciones.

El 14 de marzo de 2016 fue examinado en la consulta de Neurología del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. En la exploración neurológica presentaba fondo de ojo normal, orientado en las tres esferas, sin apraxias ni negligencias, campimetría normal, movimientos oculares espontáneos conservados, sin diplopía ni nistagmo, tono muscular normal, fuerza 5/5 en las cuatro extremidades, no claudicaciones, reflejos normales, sensibilidad tactoalgésica conservada, marcha y coordinación motora normal y Romberg negativo. Con juicio diagnóstico de síncope vasovagales fue derivado a Cardiología *“dado que uno de los episodios ha sucedido en reposo, estando sentado en el asiento de un avión”* y

se le explican las pautas a seguir ante la aparición de síncope o presíncope.

El 28 de abril de 2016 acudió a la consulta de Cardiología del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. El paciente refirió haber sufrido en los últimos seis meses episodios de síncope vagal. La exploración y el ecocardiograma presentaron normalidad. Con diagnóstico de síncope vasovagales, se solicitó la realización de una ergometría y cita para revisión en seis meses.

El 9 de marzo de 2017 acudió nuevamente a consulta de Cardiología del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda para conocer los resultados de la ergometría y ecocardiograma realizados. La exploración física y el ecocardiograma presentaron normalidad y la ergometría informaba de que durante su realización hubo síncope neuromediado postesfuerzo, pero no hubo arritmias. Con juicio diagnóstico de síncope vasovagales cardioinhibitorios diagnosticados con ergometría se recomendó citar en seis meses y si presentaba síntomas frecuentes, acudir un jueves sin cita a consulta de Cardiología.

Fallece en Marín (Pontevedra) el 21 de agosto de 2017.

En el informe definitivo de autopsia realizado en Pontevedra el 26 de abril de 2018 se señala que la causa inmediata del fallecimiento fue un fallo cardiaco y la causa fundamental *“queda indeterminada, siendo la hipótesis mas probable una canalopatía cardiaca, si bien su diagnóstico depende de estudio biológico familiar que excede las competencias de este servicio”*.

TERCERO.- Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del expediente, conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC).

Se ha incorporado al expediente la historia clínica del Centro de Salud Cerro del Aire de Majadahonda y del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda.

Previo requerimiento de la Administración, los reclamantes aportaron al procedimiento diversa documentación médica y pruebas diagnósticas e indicaban que *“el centro donde fue atendido en la Comunidad de Madrid es el Hospital Universitario Puerta de Hierro en Majadahonda donde no se le dio la terapia de estimulación eléctrica a pesar de que el síncope vagal lo aconsejaba”*.

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81.1 LPAC, se ha incorporado al expediente un informe elaborado por el director del Centro de Salud Cerro del Aire de Majadahonda de 5 de noviembre de 2018 en el que se indica que el familiar de los reclamantes acudió al Centro de Salud en dos ocasiones: la primera, el día 20 de enero de 2016 en la que se procedió a su exploración física y se solicitaron pruebas de analítica y radiografía de tórax siendo derivado a Neurología del Hospital Puerta de Hierro; y la segunda y última, el 28 de enero de 2016 cuando acudió a por los resultados de las pruebas realizadas *“que no presentaron alteraciones relevantes”*.

Consta, el informe del Servicio de Neurología del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda que tras analizar la asistencia sanitaria dispensada al paciente el día 14 de marzo de 2016 señala que, ni en la anamnesis ni en la exploración neurológica se identificó ningún dato de sospecha de patología neurológica, no obstante fue remitido para valoración, al Servicio de Cardiología.

Figura también en el expediente el informe del Servicio de Cardiología de Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda en el que tras informar que el paciente acudió por primera vez en abril de 2016, recoge que, tanto la exploración como el

ecocardiograma y electrocardiograma realizados presentaron resultados normales lo que permitió el diagnóstico de síncope neuromediado, diagnóstico coincidente con el de Neurología. Recoge también el informe que, a pesar de la aparente naturaleza benigna del cuadro y un pronóstico excelente según la literatura científica, se solicitó una revisión clínica del paciente a los seis meses con ergometría o prueba de esfuerzo de alta resolución *“y tras terminar el ejercicio, el paciente presenta un enlentecimiento progresivo de la frecuencia cardíaca, seguido de asistolia de 25 segundos y pérdida transitoria de conocimiento. Las características del síncope y el comportamiento de la frecuencia cardíaca permitieron el diagnóstico de un síncope neuromediado de características cardioinhibitorias”*.

Respecto a la procedencia de implantación de un marcapasos para el tratamiento del síncope neuromediado, expresa el informe que siguiendo las guías europeas actuales de práctica clínica *“no hay indicación de implante de marcapasos para síncope neuromediado cardioinhibitorio cuando la edad es menor de 40 años”*, y en este caso, el paciente era menor de 40 años, se siguieron las guías actuales de práctica clínica, se consultó con la Unidad de Arritmias y se decidió seguimiento clínico del paciente y revisiones periódicas semestrales.

Finalmente recoge el informe que el fallecimiento se produjo por muerte súbita y que en la autopsia practicada no se encontraron lesiones claras que expliquen el fallecimiento del paciente para finalmente concluir:

“1. Que el paciente fue diagnosticado de síncope neuromediado de repetición de acuerdo a los diagnósticos coincidentes por parte del Servicio de Neurología y Servicios de Cardiología y Unidad de Arritmias del Hospital Puerta de Hierro.

2. Y que el manejo terapéutico del paciente se realizó de acuerdo a las guías actuales y vigentes europeas para el diagnóstico y

tratamiento del síncope, las cuales establecen sus indicaciones, de acuerdo a la literatura científica existente.

3. La realidad es que con la información que tenemos desconocemos la causa de la muerte súbita de este paciente, como en otros casos”.

Con fecha 18 de marzo de 2019 emite informe la Inspección Sanitaria que concluye que la asistencia prestada *“Ha sido correcta o adecuada a la lex artis ad hoc (o no existe evidencia de que haya sido incorrecta o inadecuada)”*.

La instructora otorgó el trámite de audiencia a los reclamantes y no figura en el expediente la presentación de alegaciones.

El 20 de diciembre de 2019 se ha formulado propuesta de resolución, por la viceconsejera de Asistencia Sanitaria, desestimatoria de la reclamación presentada.

CUARTO.- El 9 de marzo de 2020 se formuló preceptiva consulta a este órgano consultivo.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 131/20, a la letrada vocal Dña. Rosario López Ródenas que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 5 de mayo de 2020.

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 al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros, y por solicitud del consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

El presente dictamen ha sido evacuado sin perjuicio de la suspensión de plazos administrativos establecida en la disposición adicional 3ª del Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. El dictamen que nos ocupa se centra únicamente, en el reproche que dirigen los reclamantes a la asistencia sanitaria dispensada a su familiar, en la Comunidad de Madrid.

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial se regula en la LPAC. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP), cuyo capítulo IV del libro preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

Los reclamantes, ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo

4 de la LPAC y el artículo 32 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), en cuanto sufren el daño moral que provoca el fallecimiento de su familiar. Se ha acreditado debidamente la relación de parentesco que ligaba a los interesados con el fallecido mediante copia del libro de familia.

El dictamen que nos ocupa se centra únicamente, en el reproche que dirigen los reclamantes a la asistencia sanitaria dispensada a su familiar, en la Comunidad de Madrid.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid ya que el daño cuyo resarcimiento se pretende se atribuye a la asistencia prestada por personal médico de la red pública sanitaria madrileña.

En lo relativo al requisito temporal, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, que se contará, en caso de daños de carácter físico o psíquico, desde que el hecho aconteció o desde la curación o determinación del alcance de las secuelas (artículo 67.1 de la LPAC). En este caso el *dies a quo* viene dado por el fallecimiento del paciente el 21 de agosto de 2017 por lo que la reclamación presentada el 17 de agosto de 2018 está formulada dentro del plazo legal.

En cuanto al procedimiento, no se observa ningún defecto en su tramitación; se ha recabado el informe de los servicios a los que se imputa la producción del daño en virtud de lo dispuesto en el artículo 81 de la LPAC, el instructor ha solicitado informe de la Inspección Sanitaria y se ha incorporado la historia clínica del paciente. Tras la incorporación de los anteriores informes, se ha dado audiencia a los interesados que no han formulado alegaciones. Finalmente, en los términos previstos en el artículo 91 de la LPAC, se ha dictado propuesta de resolución remitida, junto con el resto del expediente, a

esta Comisión Jurídica Asesora para la emisión del preceptivo dictamen.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido trámite alguno que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 106.2 de la Constitución Española, 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 la LRJSP.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, requiere la concurrencia de varios requisitos:

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

b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal.

c) 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. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005) y otras 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”*.

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido recuerda la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de mayo de 2016 (recurso 1153/2012) *“que cuando se trata de reclamaciones derivadas de actuaciones sanitarias, la doctrina jurisprudencial viene declarando 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, de manera que, si el servicio sanitario o médico se prestó correctamente y de acuerdo con el estado del saber y de los medios disponibles, la lesión causada no constituiría un daño antijurídico”*.

CUARTA.- Del breve resumen de los presupuestos de la responsabilidad patrimonial incluidos en la consideración jurídica precedente, se deduce que no cabe plantearse una posible responsabilidad de la Administración sin la existencia de un daño real y efectivo a quien solicita ser indemnizado.

Ciertamente ya hemos adelantado la existencia del daño moral de los reclamantes por el solo hecho del fallecimiento de su familiar. Sin embargo, la existencia de un daño, no es suficiente para declarar la existencia de responsabilidad, por lo que ha de analizarse si concurren los demás requisitos necesarios para apreciarla.

Los reclamantes imputan el fallecimiento de su familiar al retraso de las revisiones de su patología y a la ausencia de implantación de un marcapasos que consideran, hubieran impedido el fallecimiento.

Tal y como ya ha sido apuntado, para determinar la supuesta infracción de la *lex artis* debemos partir de la regla general de que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido se ha pronunciado la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de junio de 2017 (recurso 909/2014), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

En este caso, los reclamantes no han aportado al procedimiento ningún criterio médico o científico, avalado por profesional competente que sirva técnicamente para acreditar que el daño aducido sea consecuencia de un seguimiento inadecuado de la patología que presentaba. Esta falta de prueba hace necesario acudir a los informes médicos obrantes en el expediente, singularmente al de la Inspección Sanitaria, por su garantía de objetividad y rigor científico puesta de manifiesto en diversos dictámenes de esta Comisión Jurídica Asesora y en las sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, como la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 25 de enero de 2018 (recurso 1/2016), o la Sentencia de 26 de julio de 2018 (recurso 768/2016), informes que desvirtúan los reproches de los reclamantes y ponen de manifiesto

que la asistencia que le fue dispensada al paciente fue conforme a la *lex artis*.

Además, 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 a los pacientes 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 cada paciente y a las probabilidades, en función de los mismos, de que padezca una determinada patología.

Al respecto, el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en su Sentencia de 9 de marzo de 2017 (núm. de recurso 203/2014), manifestó que *“en lo que específicamente se refiere al diagnóstico de las enfermedades que los pacientes padecen, la garantía de medios comporta que se utilicen los medios disponibles coherentemente con los síntomas y signos que presenten, y con la información relevante que faciliten”*.

En ese caso, de la historia clínica e informes incorporados al expediente se constata que el paciente, sin enfermedades previas de interés, acudió a consulta de Atención Primaria el 20 de enero de 2016 refiriendo presentar en alguna ocasión, en los últimos seis meses y previamente a los 18 años, pérdidas de conocimiento de unos 10 segundos de duración, precedidos en su mayoría, de situaciones habituales que pueden desencadenar un síncope vasovagal tales como aglomeración de personas, ingesta de alcohol, fiebre o postesfuerzo, fue explorado y se realizaron pruebas diagnósticas cuyos resultados presentaban normalidad; no obstante, fue derivado a Neurología a cuya consulta acudió dos meses después, en marzo de 2016 sin que se identificara ningún dato que hiciera

sospechar patología neurológica. Derivado a Cardiología, acudió en abril de 2016, la exploración física y las pruebas diagnósticas (ecocardiograma y ecocardio) ofrecieron unos resultados normales que no sugerían la presencia de una complicación con riesgo vital. No obstante la naturaleza benigna del cuadro que presentaba, el paciente fue revisado seis meses después previa ergometría, lo que permitió el diagnóstico de síncope vasovagales cardioinhibitorios, siendo citado a consulta de Cardiología en seis meses y si presentaba síntomas frecuentes se le recomendó acudir sin cita a la consulta.

Señalado lo anterior, deviene necesario precisar que no puede juzgarse la asistencia sanitaria partiendo del dato del resultado final, es decir, no puede incurrirse en la prohibición de regreso tal y como recoge el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en su Sentencia de 28 de marzo de 2016 (recurso 45/2014) según la cual, *«no es correcto realizar una interpretación de lo acontecido conociendo el resultado final. La calificación de una praxis asistencial como buena o mala no debe realizarse por un juicio “ex post”, sino por un juicio “ex ante”, es decir, si con los datos disponibles en el momento en que se adopta una decisión sobre la diagnosis o tratamiento puede considerarse que tal decisión es adecuada a la clínica que presenta el paciente»*.

Respecto al reproche de la ausencia de implantación de un marcapasos al paciente, tal y como ya ha sido apuntado, el informe del Servicio de Cardiología señala al respecto que se siguieron las guías europeas actuales de manejo del síncope que indican la instauración de medidas higiénico dietéticas para prevención de síncope, tal y como se hizo con el paciente, pero *“no hay indicación de implante de marcapasos para síncope neuromediado cardioinhibitorio cuando la edad es menor de 40 años”*, como era el caso del familiar de los reclamantes.

En idéntico sentido se expresa el informe de la Inspección Médica obrante en el expediente en el que, tras exponer las actuaciones sanitarias, refleja diversas consideraciones medicas de las que resulta que respecto al implante de marcapasos “*la evidencia es nula en pacientes de menos de 40 años*” para finalmente concluir que la asistencia sanitaria dispensada fue acorde con la *lex artis*.

Así pues, en el caso examinado consideramos que no ha habido una pérdida de oportunidad, en tanto que del expediente resulta que el paciente fue tratado con diligencia aplicándole los medios procedentes en función de la sintomatología que presentaba, sin que se haya evidenciado una mala praxis, actuación contra protocolos o con omisión de medios como exige constante jurisprudencia del Tribunal Supremo, por todas, la Sentencia de la Sala Tercera de 28 de febrero de 2012, con cita de otras anteriores de 25 de junio de 2010 o de 23 septiembre de 2010, así como las sentencias de 13 de julio de 2005 y 12 de julio de 2007 del mismo Tribunal, sin que pueda considerarse acreditado que su fallecimiento se produjera por una asistencia contraria a la *lex artis* como parámetro de antijuridicidad en la actuación sanitaria.

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado la infracción de la *lex artis* en la asistencia sanitaria dispensada.

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 5 de mayo de 2020

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 110/20

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid