

Dictamen nº: **377/20**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **15.09.20**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 15 de septiembre 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., por la asistencia sanitaria prestada por el Centro de Salud Perales del Río y el Hospital Universitario 12 de Octubre, en el tratamiento de una lesión sufrida en el hombro.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por escrito presentado el día 3 de septiembre de 2019 en el registro del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), el interesado antes citado, representado por abogado, formula reclamación de responsabilidad patrimonial por la asistencia sanitaria prestada por el Centro de Salud Perales del Río y el Hospital Universitario 12 de Octubre, en el tratamiento de una lesión sufrida en el hombro (folios 1 a 3 del expediente administrativo).

Según expone en su escrito, el reclamante sufrió una caída en su centro de trabajo el día 22 de mayo de 2017, siendo trasladado a su mutua de trabajo, donde se le diagnosticó una simple contusión en el

codo y se determinó la contingencia como una enfermedad común -pese a que el accidente había ocurrido en el puesto de trabajo-. Al no ser calificada la contingencia como accidente laboral, el reclamante fue remitido a su centro de salud.

El interesado refiere que, pese a haberse calificado el accidente como enfermedad común, se le practicaron dos pruebas diagnósticas en su mutua de trabajo. En una resonancia magnética realizada el día 22 de junio de 2017 se le diagnosticó una obliteración del espacio acromioclavicular por subluxación de la cabeza humeral, un derrame en la articulación gleno humeral y una rotura parcial del supraespinoso, del infraespinoso y del tendón subescapular, lesiones que requerían un diagnóstico y tratamiento urgentes. Dice que en su mutua le explicaron que allí no podían operarle. Manifiesta que acudió a su centro de salud en cuya historia clínica aparece anotado el día 13 de julio de 2017 que había acudido a mutua, “*le han referido que allí no pueden operarle*” y el 14 de agosto de 2017 cuando se hizo constar que había acudido al “*trauma de mutua y le han dicho que precisa cirugía*”.

Explica que la lesión fue empeorando paulatinamente hasta el punto de tener prácticamente abolida la movilidad del hombro y que, cuando fue atendido en el Hospital Universitario 12 de Octubre el día 14 de septiembre de 2017 por “*rotura masiva de hombro derecho*” se le indicó que precisaba cirugía con la advertencia de que “*cabía la posibilidad de que la lesión ya fuese irreparable dado el tiempo transcurrido, pues el paciente debería haber sido intervenido de forma urgente*”.

El reclamante expone en su escrito que, finalmente, fue intervenido el día 5 de febrero de 2018, habiendo fracasado «*la intervención por no quedar remanente tendinoso íntegro, estableciéndose el diagnóstico de “rotura masiva irreparable de manguito rotador”*», y que, a la fecha de presentación de su escrito, presenta importantísimas limitaciones en su

miembro superior derecho que le incapacitan no solo para el desempeño de sus ocupaciones habituales, sino también para algunos actos esenciales de la vida diaria.

El interesado considera que se ha producido un retraso en el tratamiento de su lesión, por una parte, por la negativa injustificada de su mutua de trabajo a tratarle por considerar que no se había producido un accidente laboral, habiéndose dictado sentencia firme que calificó como laboral dicha contingencia y que “*ha existido un retraso injustificado por el Servicio Madrileño de Salud en el diagnóstico y tratamiento de estas lesiones, tratamiento que se debería haber efectuado de forma inmediata al no haber afrontado el mismo la mutua laboral*”.

Solicita una indemnización de 200.000 € “*en base al período de tiempo durante el que el perjudicado ha permanecido incapacitado y ha sido tratado y por las secuelas, daño moral e incapacidad sufridas*”. Acompaña su escrito con un documento privado en el que otorga su representación al letrado firmante de la reclamación, informes médicos y de seguimiento de su mutua de trabajo, declaración del accidente/enfermedad formulada por el trabajador, historia clínica de su centro de salud, en relación con este episodio, informes médicos del Hospital Universitario 12 de Octubre y Sentencia de 6 de febrero de 2019 del Juzgado de lo Social nº 42, de Madrid, por la que se declaró el accidente sufrido por el reclamante como contingencia profesional (folios 4 a 52).

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

El reclamante, de 58 años, con antecedentes de fibrilación auricular (FA) desde 2012 en seguimiento por Cardiología, episodios de ansiedad generalizada, cirugía de menisco izquierdo en 2015 y tendinopatía en el hombro derecho desde el año 2010, fue atendido en su mutua de trabajo

el día 22 de mayo de 2017 por caída “al fallarle la rodilla izquierda”, según refería el mismo, en la comunidad de propietarios donde se encontraba trabajando como limpiador. Indicó dolor en el hombro derecho y raspado en el brazo derecho. Se realizó anamnesis consignándose en el informe asistencial, tras la descripción de lo anterior “...refiere que hace 2 años operación menisco rodilla izquierda y desgaste del cartílago. (Desde la fecha presenta inestabilidad en la rodilla). Ha realizado un acto habitual de su trabajo diario al bajar las escaleras y le ha fallado la rodilla izquierda como en otras ocasiones, no ha resbalado como mecanismo lesional. – meniscopatia IQ en la Seguridad Social con bloqueo e inestabilidad frecuente”.

En la exploración específica traumatólogica se consignó: “Columna cervical No signos externos No apofisalgias, no dolor en zona cervical trapezios. BA completo con Spurling bilateral negativo. Sensibilidad OK. Hombro derecho No signos externos. Balance Articular completo con abducción a 120° con dolor a últimos grados de movilidad. Leve dolor en supraespinoso con maniobras subacromiales ++. Fuerza y sensibilidad completa. Neurológico aparentemente normal. Codo Izquierdo. Dolor + erosión en cara externa que no limita la flexoextensión del codo, no pérdida de relación articular ni limitación de la pronosupinación. No dolor en otras localizaciones”.

Como prueba complementaria se le realizó una radiografía del hombro derecho que evidenció cambios degenerativos y calcificación acromial y troquiter. Las radiografías anteroposterior y lateral del codo derecho no objetivaron lesión ósea aguda. Aumento de densidad en epicóndilo lateral y calcificación olecraniana, por lo que se concluyó con el diagnóstico de contusión de codo con indicación de tratamiento con analgésicos, antiinflamatorios y relajantes musculares, se consignaron unas recomendaciones informando al paciente que el diagnóstico clínico basado en la atención de urgencias recibida no presuponía un diagnóstico definitivo, debiendo “establecerlo su médico de control junto al

especialista si fuera preciso”. El informe recomendaba volver a Urgencias en caso de empeoramiento y “*seguir pendulares progresivos hasta mejoría funcional*” (sic) y añadía:

“Sus lesiones no guardan relación con un accidente laboral al no concurrir ningún hecho, externo, súbito y violento que causa el accidente. Si no mejoría acuda al Servicio Público de Salud para seguimiento. Se entrega radiografía en mano para su médico de cabecera”.

Dos días después, el 24 de mayo de 2017, el reclamante acudió al Centro de Salud Perales del Río. Según consta en la historia clínica de dicho centro, el paciente llevaba el informe de su mutua, haciéndose constar: “*El pasado 22 de mayo de 2017 presenta durante su actividad laboral caída por fallo de rodilla izquierda con traumatismo en hombro derecho y brazo derecho. A la exploración destaca erosión en brazo derecho y BA completo con abducción a 120º con dolor en los últimos grados de movilidad y dolor en supraespino con maniobras subacromiales ++. Se considera que no se trata de un accidente laboral dado que el paciente ya presentaba patología de base que justifica la sintomatología*”. El paciente refería continuar con el dolor en el hombro derecho que no presentaba previamente. En la exploración el paciente presentaba dolor a la palpación de cara anterior del hombro. Dolor a la abducción a partir de 90º y a la flexión anterior a partir de 120º, dolor a la rotación interna similar al previo. Maniobra de pinzamiento de supraclavicular positivo. Se indicó como plan: “*doy justificante y hablar con Inspección*”.

El día 26 de mayo de 2017 acude a su centro de salud haciéndose constar en la historia: “*Indican que no se trata de accidente laboral por que la caída viene derivada de un fallo en la rodilla que se presenta patología de base. Refiere continuar con el dolor al elevar el brazo, le*

cuesta hasta levantar un vaso. Plan doy la baja por enfermedad común y cita la semana que viene”.

Con fecha 30 de mayo de 2017 el paciente fue atendido nuevamente por su médico de Atención Primaria. Según figura en la historia clínica: “*Refiere que continua con el dolor a pesar del tratamiento. EF dolor en todos los movimientos del hombro aunque de mayor intensidad en rotación externa y abducción. Movimientos resistidos muy dolorosos Impigement positivo*”. Se solicitó ecografía articular y se cambió el tratamiento (tramadol, metamizol retirando Enantyum).

El 5 de junio de 2017 el reclamante acude a su centro de salud. Refería tener cita al día siguiente en su mutua y que iba a “*intentar que le hagan la ecografía*”.

El reclamante fue atendido en su mutua de trabajo el día 6 de junio de 2017 por artritis traumática de hombro. Según la historia clínica de la mutua: “*A día de hoy indica desaparición de dolor de codo derecho y persistencia de dolor e impotencia funcional de hombro derecho, con dolor nocturno a veces. Actualmente no toma medicación analgésica. Indica que MAP le ha pedido una eco de hombro, pero no tiene cita para su realización. Solicita realización de RMN por nuestra parte*”.

Al día siguiente, 7 de junio, el paciente fue atendido en su centro de salud recogiéndose en la historia clínica: “*el día 15 tiene cita para la ecografía por la Mutua. Anulamos la de la SS*”.

El día 15 de junio de 2017 el reclamante acudió a su mutua de trabajo para la realización de la ecografía. El informe de la misma decía: “*Tendón PL Biceps: Tras el estudio en los planos transversal y longitudinal se objetiva en corte transversal pequeño halo anecoico peritendon y en corte longitudinal línea anecoica de 1,8 mm sugestivo de tenosinovitis e irregularidad en la cortical. Tendón del Supraespinoso: En el plano longitudinal se objetiva irregularidad en la cortical de 15,6 mm, grosor de*

6,6 mm sugestivo de tendinosis y línea hiperecoica correspondiente a bursa de 1,7 mm sugestivo de bursitis crónica. Tendón del Subescapular: estudio en estático y dinámico: Grosor de 2 mm próximo a su inserción contralateral (drcho) 3,4 mm No choque subcoracoideo. Tendón del Infraespinoso: estudio en estático y dinámico con patrón fibrilar conservado. Se aconseja completar estudio con RMN”.

Ese mismo día, 15 de junio, el reclamante fue atendido por su médico de Atención Primaria, recogiéndose en la historia clínica: “*Presenta en ecografía importante inflamación, no se observa rotura, pero refiere que no puede confirmarse y precisa RMN. El 20 tiene cita con la mutua y solicitará que le hagan la RMN*”.

El 20 de junio de 2017 el reclamante acudió a revisión a su mutua de trabajo donde se valoró el resultado de la ecografía y se exploró al paciente anotándose: “*EF similar. Limitación capacidad grado 2*”.

Con fecha 22 de junio el reclamante se realizó una resonancia magnética solicitada por su mutua en un centro privado. Según el informe de esta prueba en el apartado de “*Descripción de los hallazgos*” el paciente presentaba: “*Obliteración del espacio subacromial en relación con cambios degenerativos en articulación acromio-clavicular/acromion y fundamentalmente en subluxación superior de la cabeza humeral. Rotura total del tendón del supraespinoso con marcada retracción del cuerpo muscular valorándose una discreta disminución del calibre/cambios atróficos y cambios degenerativos grasos en el cuerpo de dicho elemento muscular. Se valora así mismo una rotura del tendón del infraespinoso, retracción del cuerpo muscular. Existe asimismo una rotura del subescapular con retracción del cuerpo muscular. Cambios degenerativos en articulación gleno-humeral. Bursitis subacromio-deltoidea. Conclusiones: Obliteración de espacio acromi-clavicular por subluxación de cabeza humeral. Derrame en articulación gleno-humeral. Rotura del*

tendón del supra e infraespinoso así como subescapular, con retracción del cuerpo muscular”.

El día 4 de julio de 2017 el paciente fue a su centro de salud con el resultado de la resonancia magnética, solicitándose interconsulta con Cirugía Ortopédica y Traumatología.

El 13 de julio siguiente, el reclamante acudió a la revisión prevista en su mutua. Como resultado de la exploración se hizo constar en la historia clínica buen estado general, hombro derecho con balance articular lento pero completo indicando dolor en últimos grados de todos los arcos. Limitación capacidad grado 2.

Ese mismo día, 13 de julio, el reclamante fue también a su centro de salud. En la historia clínica figura que había acudido a su mutua y que le habían referido que allí no le podían operar, pero que le iban a mandar al traumatólogo, “*aunque sea para valoración*”. Refería dolor sobre todo por la noche y se deja constancia que el reclamante tenía cita en el Centro de Especialidades en enero de 2018. Según la anotación de fecha 20 de julio, se adelantó esta cita para el mes de septiembre.

En la nueva revisión realizada el día 27 de julio de 2017 por el médico de su mutua de trabajo se hizo constar en la historia que el paciente presentaba “*omalgia derecha con diagnóstico por RM de rotura manguito Rx NLO, mala proyección, ADM con maniobras de provocación ++ de conflicto subacromial. Dolor nocturno (Dominante), RM ++ rotura de supraespinoso clara. Es de indicación de cirugía, sutura del manguito. Limitación capacidad Si*”.

Ese mismo día, 27 de julio, el paciente fue atendido en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital 12 de Octubre con motivo de la revisión de su rodilla, haciendo constar que estaba bien de la rodilla, “*asintomático*”. El paciente refirió en dicha consulta que se había caído cuando estaba trabajando con dolor desde entonces en

hombro derecho. Según consta en la historia clínica (folio 57): “*En mutua le han hecho pruebas con diagnóstico en RMN: veo informe en móvil: Rotura SE, IE, subescapular con atrofia muscular. Subluxación de cabeza humeral. No se hacen cargo en mutua de patología. Tiene cita en Cruce el día 11/9. Explico hallazgos. Deberá llevar pruebas de imagen. Es una patología laboral y deben hacerse cargo en mutua (caída trabajando). Si no es así, se citará en unidad de hombro/consulta nuevos con radiografía de hombro y pruebas realizadas fuera*”.

El 14 de agosto de 2017 se le practicó nuevo control médico por su mutua consignándose como motivo “artritis traumática hombro” y haciéndose constar: “*Sigue sintomáticamente igual con dolor e impotencia funcional de hombro derecho. Valoración en consulta. Le vio el COT el 27/07/2017 por su gonartrosis y le comentó el problema de su hombro. Le ha vuelto a citar con placas de la RMN el 14 de septiembre de 2017. Sigue con dolor en hombro derecho y apenas puede moverlo. Exploración igual. Limitación funcional: Omalgia Grado 2*”.

Según la historia clínica del centro de salud del paciente, el día 14 de agosto de 2017 también acudió a su médico de Atención Primaria anotándose que había acudido a su mutua y al traumatólogo de su mutua y que le habían dicho que precisaba cirugía. “*Tiene cita para el 14 de septiembre en trauma del H.U. 12 de Octubre*”.

En nueva revisión en su centro de salud, realizada el día 29 de agosto el paciente refería encontrarse peor y que cada día presentaba más dolor e impotencia. Se anotó que tenía cita para el 14 de septiembre y que tomaba Nolotil cuando el dolor era más intenso.

Con fecha 14 de septiembre de 2017 el paciente acudió a la cita programada en consulta de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario 12 de Octubre. En la historia clínica se hizo constar el diagnóstico: rotura de supraespinoso, infraespinoso y

subescapular con retracción tendinosa y atrofia grasa. “*A la vista de los resultados consideramos, debido la edad y la sintomatología, intentar sutura tendinosa, que explicamos al paciente pudiera fracasar. El paciente entiende solución y opta por cirugía a pesar de existir la posibilidad de no poder suturar el manguito y que se trate de una lesión irreparable.*

No incluimos en lista de espera en este momento por presentar evento cardiológico concomitante en tratamiento agudo.

Plan: revisión en octubre para valorar planificación quirúrgica”.

El día 18 de septiembre de 2017 el reclamante fue a su centro de salud donde se resume la asistencia prestada al paciente en el Hospital Universitario 12 de Octubre: “*Ha sido valorado por Traumatología. Le han explicado que la operación puede fracasar, pero el paciente acepta el riesgo. Posponen la inclusión en lista de espera hasta resolución de FA (fibrilación auricular)*”.

En la revisión por el médico de su mutua correspondiente al día 2 de octubre en el seguimiento de la “Artritis traumática del hombro” se hizo constar que no le habían podido apuntar en lista de espera quirúrgica (LEQ) porque está diagnosticado de una fibrilación auricular, que había empeorado hacia 3 semanas con palpitaciones, por lo que acudió a Urgencias y le habían pautado tratamiento con Xarelto (rivaroxaban). Se anotó que el día 4 de octubre le harían una cardioversión. La exploración física era similar a las anteriores. Limitación capacidad grado 2.

Ese mismo día acudió también a su médico de Atención Primaria que hizo constar que tenía cita en Traumatología, que había sido valorado por su mutua y que “*ha ido a CAISS para poner una determinación de contingencia*”.

El 26 de octubre de 2017 el paciente acudió a su cita programada en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario 12 de Octubre. Según recoge la historia clínica: “*Se va a intentar sutura tendinosa. Advertimos que existe el riesgo de no poder técnicamente realizarla y valorar después trasposición de dorsal ancho. El paciente no firma esta posibilidad terapéutica por lo que se intentará artroscopia y después evaluaremos nuevamente. Plan; se incluye en LEQ, Firma consentimiento*”. En dicho documento se explicitaba en el apartado de diagnóstico: “*Rotura masiva manguito rotador hombro derecho*”. En el apartado de tratamiento propuesto, constaba: “*Sutura Manguito Rotador Artroscópica*”. El documento indicaba: “*Aparte de las complicaciones generales inherentes a cualquier tipo de cirugía.....existen en su caso las siguiente complicaciones: Neurovascular, Musculotendinoso, Re-rotura, Imposibilidad de Sutura*”. El consentimiento informado continuaba describiendo como en el caso de que decidiera no ser intervenido quirúrgicamente podían ofrecerle como alternativa terapéutica: tratamiento conservador.

En la revisión realizada por su mutua el día 30 de octubre de 2017 se recogió que el día 4 de octubre anterior se había intentado cardioversión pero que no había sido efectiva, por lo que continuaba con fibrilación auricular. Se recogía que en la consulta del día 26 de octubre le habían incluido en LEQ para artroscopia y sutura tendinosa y que la exploración era igual que las anteriores. “*Limitación Capacidad Omalgia derecha, Rotura manguito Grado 2*”.

El resultado de esta revisión también se anotó por el médico de Atención Primaria que, con la misma fecha, 30 de octubre de 2017, hace constar: “*Acude con informe de Hospital 12 de Octubre. La van a hacer una artroscopia para decidir tratamiento. Valorado hoy en la Mutua, lo vuelve a valorar el 16 de noviembre*”.

Tras nuevas revisiones por su mutua los días 16 de noviembre y 27 de diciembre de 2017 y los días 26 de noviembre, 11, 19 y 26 de diciembre y 10 y 16 de enero de 2018 en su centro de salud, con fecha 4 de febrero el paciente ingresó de forma programada en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario 12 de Octubre.

La intervención tuvo lugar al día siguiente, 5 de febrero de 2018. Se hizo constar en la hoja de protocolo quirúrgico como objeto de reparación la rotura total de manguito de rotadores mediante artroscopia exploradora del hombro derecho. En dicho protocolo se explicitaba la existencia de “*rotura masiva irreparable de manguito rotador. Se intenta dar 2 puntos de convergencia, se desgarra tejido musculograso y resto tendinoso remanente. Artroscopia exploradora de hombro derecho, se intenta sutura tendinosa que fracasa. No queda remanente tendinoso íntegro. Tenotomía de Biceps braquial que se encuentra aplanado y luxado*”. El paciente fue dado de alta al día siguiente con medicación y el brazo en cabestrillo, programando cita para revisión.

El día 7 de febrero el paciente fue atendido por su médico de Atención Primaria y el día 13 en su mutua.

Con fecha 15 de febrero de 2018 el paciente acudió a la cita programada en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario 12 de Octubre. Presentaba dolor controlado con brazo en cabestrillo. Se le quitaron los puntos y se le indicó mantener el cabestrillo 10 días más, así como realizar ejercicios pasivos y activos y rehabilitación. “*Intentar a través de mutua agilizar proceso*”. Revisión en 3 semanas con Rx.

Constan en la historia clínica asistencias del paciente tanto en su centro de Atención Primaria como en su mutua en los días siguientes. El día 22 de febrero inició tratamiento rehabilitador en su mutua de trabajo.

El día 8 de marzo el reclamante acudió a la revisión prevista en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario 12 de Octubre. En la radiografía se apreciaba ascenso leve de la cabeza humeral, no signos evidentes de artrosis secundarias. Se explicaron ejercicios para realizar en su domicilio y revisión en 2 meses. “*No indico otra cirugía definitiva de momento dada la edad del paciente*”.

El día 19 de marzo de 2018 fue dado de alta por el Servicio de Rehabilitación de su mutua. Había recuperado la movilidad, pero seguía con severo dolor mecánico. El paciente presentaba el informe de su cirujano en el que no se contemplaban más cirugías y se aconsejaban ejercicios domiciliarios.

El paciente continuó siendo atendido por el médico de su mutua (23 de marzo, 18 de abril de 2018) y por su médico de Atención Primaria también el día 23 de abril de 2018.

Con fecha 25 de abril de 2018 el médico de su mutua comprobó que había mejorado del dolor tras la rehabilitación y consideró que podía realizar su trabajo habitual a pesar de la limitación residual, por lo que propuso el alta.

En la revisión realizada el día 3 de mayo de 2018 por el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario 12 de Octubre se comprobó, y así se refleja en la historia clínica, que estaba recuperando movilidad y que presentaba menos dolor que antes de la cirugía. Había hecho rehabilitación en su mutua y presentaba fuerza del Deltoides conservada. Se indicó como plan una nueva revisión en el mes de julio para valorar resultado de la cirugía, así como posibilidad si lo precisara de nueva cirugía reconstructiva. “*Valorar de nuevo la posibilidad de adecuación en su puesto de trabajo, considero que de momento no es apto para la carga de grandes pesos*”. El contenido de

este informe se incluyó en la historia clínica de su centro de salud el día 7 de mayo de 2018.

Según la historia clínica del centro de salud, el día 1 de junio el tribunal médico le había dado de alta con fecha efectiva 1 de junio de 2018 que añadía: “*Alegará que no ha mejorado con el informe de Traumatología donde respalda que aún no está recuperado para sus labores de limpieza*”. Atendido por su médico de Atención Primaria los días 12 y 18 de junio, este último día se hizo constar que traía informe en el que “*el tribunal decide mantener baja por recaída con fecha 4 de junio de 2018 con prórroga de 180 días*”. Fue atendido nuevamente los días 19 y 24 de junio, en relación con este episodio.

El día 12 de julio de 2018 el reclamante acudió a revisión al Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario 12 de Octubre. En la historia clínica se hizo constar que mejoraba desde la cirugía, que había pasado tribunal médico y que le habían dado prórroga de 180 días. “*No se ve capacitado para desarrollar su trabajo habitual. En su trabajo es imposible hacer adecuación de puesto de trabajo*”. A la exploración presentaba “*rango de movilidad completa con fuerza conservada, con gestualización algésica y movimientos erráticos. Considero que no precisa trasferencia de dorsal ancho. Agotaremos prórroga*”, indicándose como plan nueva revisión en septiembre. El contenido de este informe se incluyó el día 19 de agosto por el médico de su mutua en la historia clínica de este centro.

En la consulta del día 27 de septiembre de 2018, el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario 12 de Octubre hizo constar: “*Va a iniciar proceso litigante por ser tratado su proceso como enfermedad común. No presenta dolor importante, pero presenta disfunción en hombro. Actualmente de prórroga, pero asumiría reincorporarse a su actividad laboral. Su discurso se centra en las denuncias que ha puesto contra mutua y empresa. No se decanta por*

intentar otras técnicas quirúrgicas. Persiste rom (rango de movimiento) completo. con dolor en los últimos grados de rotación externa e interna. Plan: -revisión en diciembre, valoremos en sesión clínica posibilidades quirúrgicas teóricas, no creo que sea el candidato ideal”.

En la nueva revisión realizada el día 10 de enero de 2019 por el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario 12 de Octubre se reflejó: “*Prórroga otorgada por su mutua. El paciente no se niega a trabajar. No es posible readaptar su puesto de trabajo y no se ve capaz de realizar su actividad laboral. El paciente no está animado a cirugía de trasferencia tendinosa. Rechaza en el momento actual*”. Se indicó nueva revisión en marzo.

Con fecha 12 de febrero de 2019 se dictó auto aclaratorio de la Sentencia 46/2019 (rectificando error de transcripción de la emitida el 06 de febrero de 2019) del Juzgado de lo Social nº 42 que dice:

“Fallo: Que estimando la demanda presentada por D. (...) frente al Instituto Nacional de la Seguridad Social y la Tesorería General de la Seguridad Social, Ibermutuamur, Mutua Colaboradora nº 274 y la Comunidad de Propietarios (...) debo declarar que la baja de Incapacidad Temporal iniciada por el trabajador en fecha 26/05/2017 se deriva de contingencia profesional (...).”

El día 14 de marzo de 2019 fue atendido nuevamente en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario 12 de Octubre, anotándose en la historia clínica: “*Ha ganado juicio a su mutua, está pendiente de propuesta de incapacidad. Agotada prorroga. Por nuestra parte dado que la rotura es masiva e irreparable y presentaba signos de omartrosis incipiente podría plantearse RCS (reconstrucción capsular superior), aunque revisando rx de marzo de 2018 ya se aprecia ascenso de cabeza humeral. Plan. -revisión en 3 meses con rx. Si existe omartrosis progresiva se daría de alta por agotar opciones terapéuticas*”.

El 13 de junio de 2019 tuvo lugar esta nueva revisión por el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario 12 de Octubre. *"Rx control: No se aprecia omartrosis progresiva, existe ascenso de cabeza humeral y signos de pinzamiento subacromial compatibles con signos iniciales de omartrosis. Dada la radiología actual no consideramos subsidiario de procedimiento quirúrgico reparativo de manguito rotador ni técnicas de reconstrucción capsular superior. Dado que existe competencia neurovascular se ofrecería artroplastia total inversa de hombro si persiste dolor severo y limitante. El paciente asocia cuadro de ansiedad generalizada en el contexto de no poder realizar actividad laboral. Dada la situación actual y el nivel de dolor no vemos que el paciente esté capacitado para realizar tareas que impliquen carga de pesos, el paciente presenta disfunción severa para su actividad laboral. Consideramos que el paciente presenta hombro funcionante para realizar tareas sin carga. Precisaría, si fuera posible readaptación de puesto de trabajo. Asocia patología meniscal y gonalgia derecha pendiente de realización de RMN".*

Con fecha 26 de marzo de 2019 fue atendido en su centro de salud anotándose en la historia clínica que había recibido notificación de la resolución del INSS que no reconocía incapacidad permanente para la profesión de conserje.

El día 27 de mayo de 2019 tuvo que ser atendido en su centro de salud por un episodio de ansiedad en relación con *"con reincorporación laboral el próximo 04/06/19 tras no reconocerse IP para la profesión de conserje. Persiste omalgia y limitación para los movimientos del hombro y su trabajo consiste en realizar la limpieza de la urbanización. Despertares frecuentes ánimo deprimido, llora durante la entrevista, le duele que la empresa no mire por el...No se puede realizar IT por que ha sido dado de Alta por parte del INSS recientemente"*.

El paciente fue dado de alta laboral por su médico de Atención Primaria el día 3 de junio de 2019, si bien el día 13 de junio siguiente

tuvo que ser atendido en relación con el episodio de ansiedad: “*(...) El paciente acudió a trabajar por primera vez ayer y, según refiere, tuvo que abandonar su puesto de trabajo para acudir al médico de la mutua por intenso dolor y ansiedad en relación con incapacidad para realizar su trabajo. Describe opresión torácica, insomnio de mantenimiento, tiene pesadillas en relación a problemática laboral. De nuevo de baja más revisión en 7 días si no incidencias*”.

Se emitió parte de baja por ansiedad de carácter reactivo en relación al estrés producido por su reincorporación al trabajo habitual.

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

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81 LPAC, ha emitido informe el jefe de Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario 12 de Octubre (folios 80 a 82) que con fecha 25 de octubre de 2019 concluye:

“En conclusión, en mi opinión, discrepo con que el diagnóstico se retrasara y con que el resultado del tratamiento dependiera del momento de realizarlo. Se trataba de una rotura degenerativa del manguito de los rotadores, de indicación quirúrgica cuando es sintomática y, desde luego, no urgente. Otra cosa es, desgraciadamente, el resultado del mismo, que no fue bueno”.

Consta, asimismo, informe del médico de Atención Primaria, de 2 de diciembre de 2019, que se limita a relatar las asistencias prestadas al paciente en relación con la asistencia sanitaria objeto de la reclamación.

Se ha incorporado al procedimiento el informe la Inspección Sanitaria de fecha 11 de mayo de 2020 (folios 193 a 247) que, tras un

análisis muy exhaustivo de los hechos analiza la asistencia sanitaria prestada al reclamante y concluye que “*no existió una inadecuada asistencia sanitaria, estando ésta ajustada a cada hecho objetivo, ni negligencia de los profesionales que actuaron con pericia demostrada durante el período reclamado*”.

Tras la incorporación al procedimiento de los anteriores informes y de la historia clínica, se ha evacuado el oportuno trámite de audiencia. Con fecha 30 de junio de 2020, el abogado del reclamante formula alegaciones en las que se ratifica en su escrito de reclamación; que no existe un diagnóstico previo de que las lesiones del reclamante fueran degenerativas y no postraumáticas y que “*existe una sentencia firme dictada por el Juzgado de lo Social nº 42 de Madrid, obrante en el expediente administrativo, que acredita la relación causal entre el accidente y las lesiones sufridas en el hombro*”.

Finalmente, se ha formulado propuesta de resolución por la viceconsejera de Asistencia Sanitaria (folios 256 a 260) con fecha 7 de julio de 2020 desestimatoria de la reclamación al considerar que hay atisbo de mala praxis en la actuación de los centros dependientes del Servicio Madrileño de Salud ni, por tanto, concurrir la antijuridicidad del daño.

CUARTO.- Por escrito del consejero de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 9 de julio de 2020 se formuló preceptiva consulta a este órgano.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 337/20, a la letrada vocal Dña. Rocío Guerrero Ankersmit que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 15 de septiembre de 2020.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo está acompañado de documentación, 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 € 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).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada según consta en los antecedentes, se regula en la LPAC de conformidad con su artículo 1.1, con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. 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 título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

El reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al haber recibido la atención sanitaria objeto de reproche.

La legitimación pasiva exige un examen más detenido, en función de los diferentes centros que atendieron al reclamante en el tratamiento de su lesión. Así, en relación con el retraso en el tratamiento por la negativa injustificada de Ibermutuamur a tratarle, por considerar que no se había producido un accidente laboral, la Comunidad de Madrid carece de legitimación pasiva.

El Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad social dispone en su artículo 79:

“1. La colaboración en la gestión del sistema de la Seguridad Social se llevará a cabo por Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social y por empresas, de acuerdo con lo establecido en el presente capítulo.

2. La colaboración en la gestión se podrá realizar también por asociaciones, fundaciones y entidades públicas y privadas, previa su inscripción en un registro público”.

Por su parte, el artículo 80.1 del mismo texto normativo expresa: “Son mutuas colaboradoras con la Seguridad Social las asociaciones privadas de empresarios constituidas mediante autorización del Ministerio de Empleo y Seguridad Social e inscripción en el registro especial dependiente de este, que tienen por finalidad colaborar en la gestión de la Seguridad Social, bajo la dirección y tutela del mismo, sin ánimo de lucro y asumiendo sus asociados responsabilidad mancomunada en los supuestos y con el alcance establecidos en esta ley”, y entre las actividades que se incluyen en la colaboración con la gestión de la Seguridad Social establece el apartado segundo del mismo precepto,

entre otras, “*La gestión de las prestaciones económicas y de la asistencia sanitaria, incluida la rehabilitación, comprendidas en la protección de las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social, así como de las actividades de prevención de las mismas contingencias que dispensa la acción protectora*”.

Asimismo, hay que tomar en consideración que el artículo 167.1 del citado Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, al estipular que cuando se haya causado derecho a una prestación por haberse cumplido las condiciones a que se refiere el artículo 124, la responsabilidad correspondiente se imputará, de acuerdo con sus respectivas competencias, a las entidades gestoras, mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social o empresarios que colaboren en la gestión o, en su caso, a los servicios comunes, disposición que pone de relieve la no imputabilidad de la Comunidad de Madrid en este concreto caso.

En relación con la asistencia prestada al reclamante por el Hospital Universitario 12 de Octubre y el Centro de Salud de Perales del Río, la Comunidad de Madrid sí ostenta legitimación, al encontrarse ambos centros sanitarios integrados en el Servicio Madrileño de Salud.

En lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 LPAC el derecho a reclamar responsabilidad patrimonial a la Administración prescribe al año de manifestarse el efecto lesivo y de que se haya determinado el alcance de las secuelas.

En el caso que nos ocupa, resulta de la documentación examinada que el reclamante fue intervenido de su hombro derecho, mediante artroscopia, el día 5 de febrero, de “*rotura masiva irreparable de manguito rotador*”, de la que había sido informado el día 14 de septiembre de 2017, que contemplaba como riesgo la imposibilidad de

sutura, informándose al reclamante desde el primer momento, tras la intervención que no había podido ser reparado quirúrgicamente, como resulta del informe de alta tras la intervención de fecha 6 de febrero de 2018.

Si bien es cierto que, con posterioridad la intervención se le indicó la necesidad tratamiento rehabilitador, una vez finalizado este el 23 de marzo de 2018, fecha en la que fue dado de alta por el Servicio de Rehabilitación de su mutua, existe constancia del fracaso de la intervención al constar, en la revisión del día 12 de julio de 2018 del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario 12 de Octubre que el paciente presentaba “*rango de movilidad completa con fuerza conservada, con gestualización algésica y movimientos erráticos*”, por lo que podría considerarse extemporánea la reclamación presentada el día 3 de septiembre de 2019.

No obstante, al haber continuado el reclamante con revisiones posteriores en septiembre de 2018 y enero, marzo y junio de 2019 por el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología para valoración de las posibles opciones terapéuticas, valorándose incluso en esta última fecha “*artroplastia total inversa del hombro si persiste dolor severo y limitante*” y sin haber sido dado de alta por el citado servicio a la fecha de la interposición de la reclamación, en aplicación del principio *pro actione*, esta Comisión estima prudente entrar a analizar el fondo del asunto.

El procedimiento seguido no adolece de ningún defecto de anulabilidad o nulidad, por cuanto se han llevado a cabo todas las actuaciones necesarias para alcanzar adecuadamente la finalidad procedural y, así, se ha solicitado el informe preceptivo previsto en el artículo 81 LPAC, esto es, al Servicio de Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario 12 de Octubre y al médico de Atención Primaria del Centro de Salud Perales del Río. También consta

haberse solicitado informe a la Inspección Sanitaria y se ha unido al procedimiento la historia clínica del paciente.

Después de la incorporación al procedimiento de los anteriores informes se ha dado audiencia al reclamante, que ha efectuado alegaciones y se ha dictado propuesta de resolución que desestima la reclamación al considerar que no hay atisbo alguno de mala praxis e la actuación de los centros dependientes del Servicio Madrileño de Salud.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el art. 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 en su título preliminar, capítulo IV, artículos 32 y siguientes. Regulación que, en términos generales, coincide con la que se contenía en los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC.

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 21 de marzo de 2018 (recurso de casación 5006/2016), de 11 de julio de 2016 (recurso de casación 1111/2015) y 25 de mayo de 2016 (recurso de casación 2396/2014), requiere conforme a lo establecido en el art. 139 LRJPAC:

- 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.

Según la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (Sección 5^a) de 15 de marzo de 2018 (recurso de casación 1016/2016), 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, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, como señalan las

Sentencias de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación 4397/2010) y de 27 de abril de 2015, (recurso de casación núm. 2114/2013), en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales “*puede tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido*”, cabe entender conculcada la *lex artis*, pues al no proporcionarle a los recurrentes esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal.

QUINTA.- Aplicada la anterior doctrina al presente caso, resulta acreditado en el expediente que el reclamante, diagnosticado el día 14 de septiembre de 2017 por el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario 12 de Octubre de rotura masiva del manguito rotador derecho, fue intervenido, finalmente, el día 5 de febrero de 2018, no siendo posible en dicha intervención realizar la sutura tendinosa del mismo, como advertía el documento de consentimiento informado firmado por el reclamante. Sostiene que el fracaso de la intervención fue consecuencia del retraso en el tratamiento de su lesión pues había sido advertido “*en los centros en los que fue tratado de que sus lesiones requerían una actuación urgente, pues de lo contrario se produce una atrofia y una retroacción muscular que impiden el tratamiento posterior, como por desgracia ocurrió*”.

Para centrar la cuestión relativa a la supuesta infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales que atendieron al paciente, debemos partir de lo que constituye regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación.

En el presente caso, si bien el interesado no aporta prueba alguna que demuestre la realidad de su afirmación, del informe del médico inspector es claro al señalar que “*si se llegar a sufrir una rotura del tendón supraespinoso sobretodo (parcial o total), el tratamiento más*

efectivo es la cirugía” y añade que “ante una rotura del tendón, la cirugía del manguito rotador debe realizarse cuanto antes” pues «si no se interviene quirúrgicamente el “agujero” del tendón se hará cada vez más grande y pasará a ser irreparable».

Ahora bien, esta afirmación va referida al supuesto de rotura del manguito rotador por traumatismo y el informe indica que esta lesión también puede ser consecuencia de una degeneración progresiva o un desgaste del tejido del tendón y en estos casos el tratamiento quirúrgico tiene mayor riesgo.

En este sentido, dice el informe de la Inspección que la atrofia muscular y la infiltración grasa son indicadores del mal resultado de la intervención y que “según estos condicionantes, no se debería realizar una sutura, salvo en pacientes jóvenes o tras valoración conjunta con el paciente” y que, “la presencia de cambios degenerativos avanzados en la articulación gleno-humeral en pacientes con rotura de manguito amenaza los resultados funcionales de una hipotética reparación”.

El informe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología considera que no hubo retraso en el diagnóstico ni en el tratamiento porque se trataba de una rotura degenerativa del manguito de los rotadores de indicación quirúrgica cuando es sintomática y “desde luego, no urgente”.

En el trámite de audiencia, el representante del reclamante considera que se trataba de una lesión postraumática y no degenerativa y que, por tanto, debía haberse realizado la intervención con carácter urgente, al no existir diagnóstico previo de esa patología degenerativa.

Esta afirmación resulta contradicha por la historia clínica donde aparece que el día de la caída, 22 de mayo de 2017, se le realizó al reclamante una radiografía del hombro que “evidenció cambios

degenerativos y calcificación acromial y troquíter”, sin objetivar lesión ósea aguda. Asimismo, la ecografía realizada el día 15 de junio de 2017 mostraba un tendón del supraespinoso sugestivo de bursitis crónica y, finalmente, el informe de la resonancia magnética, realizada el día 22 de junio de 2017, mostró “*obliteración del espacio subacromial en relación con cambios degenerativos en articulación acromio-clavicular/acromion y fundamentalmente en subluxación superior de la cabeza humeral*”, “*cambios atróficos y cambios degenerativos grados*” en el tendón del supraespinoso; “*cambios degenerativos en articulación gleno-humeral*” y “*bursitis subacromio-deltoidea*”. Además, entre los antecedentes personales del paciente aparecía el diagnóstico de tendinopatía del hombro derecho desde el año 2010.

Los anteriores datos llevan a afirmar en el informe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario 12 de Octubre que “*el paciente presentaba patología crónica del manguito de los rotadores que el traumatismo hizo sintomática*”.

De acuerdo con el informe de la Inspección Sanitaria, las roturas degenerativas crónicas deben manejarse de forma conservadora, al menos inicialmente y, si persisten los síntomas, valorarse la cirugía y añade que “*la presencia de cambios degenerativos avanzados en la articulación glenohumeral en pacientes con rotura del manguito amenaza los resultados funcionales de una hipotética reparación*” así como que, “*la existencia de desgarro tendinoso de gran amplitud, especialmente si es degenerativo, con retroacción proximal severa, degeneración muscular avanzada, pinzamiento subacromial acusado, o artrosis gleno-humeral incipiente, perjudica el pronóstico postquirúrgico y puede llegar a desaconsejar la cirugía*”.

En este sentido, la imposibilidad de sutura era un riesgo contemplado específicamente en el documento de consentimiento informado firmado por el reclamante con carácter previo a la cirugía.

Por los anteriores razonamientos el médico inspector concluye que la asistencia sanitaria fue ajustada a la *lex artis* y que “*no se puede inferir en absoluto negligencia únicamente porque el resultado final no sea el esperado*”.

Conclusión a la que debemos atenernos dado que el informe de la Inspección Sanitaria obedece a criterios de imparcialidad, objetividad y profesionalidad, como ha puesto de manifiesto el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en multitud de sentencias, entre ellas la dictada el 13 de septiembre de 2018 (recurso nº 309/2016):

“...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”.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado la existencia de mala praxis por los centros sanitarios del SERMAS que atendieron al reclamante.

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 15 de septiembre de 2020

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 377/20

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid