

Dictamen nº: **92/21**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **23.02.21**

DICTAMEN de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 23 de febrero de 2021, emitido ante 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 asunto sobre responsabilidad patrimonial promovido por D. (en adelante, “*el reclamante*”) por el fallecimiento de D. que atribuye al deficiente seguimiento de la patología que presentaba, en el Hospital Universitario La Paz.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 27 de octubre de 2019, la persona citada en el encabezamiento presenta en el registro de la Consejería de Sanidad una reclamación de responsabilidad patrimonial, por la deficiente asistencia sanitaria dispensada a su padre en el Hospital Universitario La Paz.

Refiere en la reclamación que su padre permaneció ingresado en el Servicio de Cirugía General del citado centro hospitalario desde el 14 de octubre de 2018 hasta su fallecimiento, el día 28 del mismo mes y año, y aunque “*el deceso era predecible por la enfermedad grave que tenía*”, califica como contraria a la *lex artis* la asistencia sanitaria que le fue dispensada durante el ingreso hospitalario por los siguientes motivos:

1. No se informó en ningún momento del tratamiento, no había un médico encargado y desconocían el médico o equipo médico encargado de su padre.

2. Tenían que llevar ellos personalmente los papeles a Otorrinolaringología y a Medicina Interna porque no se coordinaban y se quejaron varias de esta circunstancia.

3. La valoración de las 15:00 de la tarde por parte del facultativo fue somera y rutinaria, y cuando su padre estaba en un estado de pérdida de conciencia nadie les hizo caso hasta que empezó a tener convulsiones. No había ningún médico por ser domingo y tuvieron que salir al pasillo a gritos para que se les hiciera caso, siendo testigos de estas circunstancias, la familia y el paciente que compartía habitación con su padre. Los facultativos tardaron en llegar, y no tuvieron respeto ni dedicación, a su madre y al reclamante.

4. Problemas informáticos de coordinación o ausencia de comunicación por parte de los departamentos por causas informáticas, que dieron lugar a la prescripción de medicación sin control por parte de los médicos.

5. Deficiente administración de calmantes ya que “*se le daba de una manera insuficiente*”.

Finaliza la reclamación indicando que por los reproches anteriormente señalados había presentado reclamaciones al hospital, con respuestas “*insatisfactorias*” y solicita una indemnización de 15.550 euros.

Acompaña a la reclamación firmada el 27 de abril de 2019, el documento nacional de identidad del reclamante y el de su padre, el certificado de defunción, el libro de familia, una reclamación formulada a través de la web del SERMAS y las respuestas a las reclamaciones

presentadas del jefe de Servicio de Información, Atención al Paciente y Trabajo Social del Hospital Universitario La Paz de 16 de enero y 7 de junio de 2019.

SEGUNDO.- Del examen de la historia clínica y restante documentación médica obrante en el expediente se extraen los siguientes hechos que se consideran de interés para la emisión del dictamen:

El paciente, de 73 años de edad en el momento de los hechos, con antecedentes de litiasis renal en 2008, dispepsia en estudio por Digestivo del Hospital de Cantoblanco, con gastroscopia, en octubre de 2015, otitis externa maligna de oído izquierdo, diagnosticado de síndrome mielodisplásico (SMD) con displasia multilínea en octubre 2016, con gammopathía monoclonal asociada, en noviembre de 2017 se observa progresión a SMD de alto riesgo (anemia refractaria con exceso de blastos).

El paciente comenzó tratamiento con azacitidina en diciembre de 2017 pero dada la pancitopenia profunda y la mala tolerancia se decide suspender el tratamiento y observar evolución con soporte transfusional que mantuvo cada 15 días, hasta octubre de 2018.

Es valorado en Urgencias el 13, 15 y 17 de julio de 2018 por otorrea y otorragia.

El 4 agosto de 2018 acude nuevamente al Servicio de Urgencias por otalgia izquierda persistente. Se realiza exploración física y un TC de base de cráneo (fosa posterior) que se informa como : “*Oído izquierdo: Se identifica una ocupación importante por material de densidad partes blandas tanto de la porción ósea del CAE como de la cavidad del OM a excepción de parte del epítímpano, demostrando la cadena osicular intacta y bien articulada, sin evidentes cambios erosivos óseos, además se objetiva ocupación prácticamente completa de las celdillas mastoideas*

izquierdas, en probable relación en el contexto clínico apropiado con cambios de otomastoiditis izquierda. Las estructuras del oído interno (cócleas y conductos semicirculares) presentan una morfología y densidad normales...”.

También se realiza gammagrafía con TC, informándose como “*en las imágenes obtenidas se observa un aumento de la actividad osteogénica en el arco de la 6ª costilla derecha, de morfología alargada, en probable relación a afectación ósea metastásica. Así mismo, se observan focos de aumento de la actividad osteogénica de morfología redondeada en la 7ª y 8ª costillas derechas, y en la 7ª costilla izquierda compatibles con fracturas. Aumento de la actividad osteogénica en área teórica de región mastoidea izquierda, en probable relación a proceso traumático conocido*”, y TC toracoabdominopélvico con presencia de esplenomegalia y afectaciones blásticas del quinto y sexto arco costal derecho.

El paciente quedó ingresado y fue tratado de otitis externa maligna izquierda, estuvo en seguimiento por la Unidad de Enfermedades Infecciosas y Hematología, y recibió tratamiento, con mejoría sintomática. Recibe alta el 27 de agosto de 2018. Se le entregan citas para Hematología, Medicina Interna, Otorrinolaringología y para consulta externa de Cirugía del Centro Especialidades “Jose Marvá” por proctalgia.

El 10 de octubre de 2018 el paciente es intervenido en un hospital privado realizándose hemorroidectomía, tumoración en región perianal y polipectomía. En la analítica postquirúrgica se detectó deterioro de la función renal y anemia severa que precisó transfusión y plaquetopenia. El día 12 de octubre acude nuevamente a Urgencias del hospital privado por proctalgia intensa no controlada con la analgesia pautada, acompañada de fiebre.

El 14 de octubre de 2018 el paciente continúa presentando proctalgia y fiebre y desde el centro privado, donde había sido intervenido, es derivado al Hospital Universitario La Paz.

Ingrera a las 15 horas y en la exploración se aprecia abdomen levemente distendido y timpánico, no doloroso. Región perianal con importante distorsión y zona indurada en cuadrante lateral derecho. No se realiza tacto rectal por intenso dolor. Se pide TAC pélvico que se informa como: “*absceso perianal en cuadrante superior lateral, en herradura*”.

Ante dichos hallazgos se decide intervención quirúrgica urgente previa firma del correspondiente documento de consentimiento informado.

Dada la pancitopenia que presenta el paciente Hematología recomienda transfundir dos pools de plaquetas y un concentrado de hematíes antes de la intervención.

El informe de “*protocolo quirúrgico*” refleja: “*Herida de hemorroidectomía y de exéresis de lesión a las 7 horas con ligaduras deplexo hemoroidal visibles, con esfínter anal interno expuesto en gran extensión. No se palpan empastamientos más profundos. No drenaje de pus*”. Se realiza lavado y se aplica spongostán anal.

El 15 octubre el paciente se encuentra afebril, las heridas en buen estado y no se aprecia empastamiento en región perianal.

El 16 de octubre se encuentra afebril y hemodinámicamente estable. Refiere dolor a nivel perianal que presenta buen estado, sin signos de infección. A la vista de los resultados de la analítica en la que resaltan los leucocitos, $23.6 \times 10^3 \mu\text{L}$, es valorado por Nefrología, y Hematología decide transfundir dos concentrados de hematíes.

El 17 de octubre se comenta en sesión de Coloproctología la elevación leucocitaria y con diagnóstico de “*absceso perianal*”, es intervenido quirúrgicamente, previa firma del documento de consentimiento informado. Los hallazgos son de región perianal y anal desestructurada visualizándose en el borde lateral del esfínter anal interno consistencia blanda por infección. Se aprecia cavidad interesfintérica derecha hacia fosa isquiorrectal que se comunica con rafe anterior. No hay emisión de pus, y se toma muestra de líquido sero-sanguinolento que se envía a Microbiología.

Durante los días 18 y 19 de octubre el paciente permanece afebril, recupera el tránsito digestivo y la herida permanece sin signos de complicación. Se realiza analítica con elevación de leucocitos hasta 45.000 y marcada monocitosis, con presencia de algunos monocitos con características de inmadurez (14%).

El día 20 de octubre se explora al paciente. Presenta fiebre, manchado de sangre en la zona de las heridas quirúrgicas y se realiza transfusión de plaquetas y hemocultivos.

El 21 de octubre presenta fracaso renal agudo de probable etiología funcional en el contexto de disminución de volumen circulante efectivo por hipoalbuminemia, infección perineal y anemia crónica. Presenta fiebre y en la analítica, leucocitosis intensa. El TAC abdominal es informado como colecistitis aguda alitiasica.

El 22 de octubre, ante la situación clínica del paciente, se realiza colecistectomía percutánea por el Servicio de Radiología intervencionista. Ingresa en la UCI quirúrgica y con buen estado general, estable hemodinámicamente y sin fármacos vasoactivos se traslada a planta de hospitalización para seguimiento de evolución.

El 23 de octubre Hematología refleja en la historia clínica: “*En el momento actual, la realización de frotis de SP puede no ser valorable dado*

el proceso infeccioso agudo concomitante. Dada la leucocitosis actual, no se puede descartar la evolución de la enfermedad de base del paciente, no obstante consideramos oportuno la resolución del proceso agudo infeccioso, manteniendo soporte transfusional cuando sea necesario”.

El paciente permanece estable hemodinámicamente, con febrícula y salida de material bilioso por la colecistostomía. Inicia tolerancia oral.

La situación de estabilidad se mantiene durante el día 24 de octubre. Se realiza analítica. Presenta cuadro de hematuria y es valorado por Urología.

El día 25 de octubre se encuentra afebril, estable, eupneico, y con salida de bilis por el drenaje de colecistostomía. Refiere náuseas y vómitos. Los resultados de los hemocultivos son negativos

El 26 octubre el paciente se encuentra afebril, buena diuresis, herida anal en buen estado, no se aprecia material purulento o sospechoso de infección.

El 27 de octubre presenta discreto cuadro de náuseas durante la cena.

El 28 de octubre a las 15 horas se valora al paciente por presentar vómitos tras la comida. No refiere dolor abdominal, ni disnea. En la exploración física se encuentra el abdomen blando y depresible. En la exploración neurológica, motora y sensitiva, de los cuatro miembros y pares craneales, no se aprecia alteración. Se solicita analítica de control y Rx de tórax portátil.

A las 16:45 horas presenta desaturación brusca. Se evalúa al paciente que se encuentra arreactivo y satO₂, 70%. Se inicia oxigenoterapia, se avisa al Servicio de Reanimación para valoración que inicia ventilación asistida con ambú y posteriormente intubación. El

paciente presenta vómito con posible broncoaspiración durante la ventilación. Midriasis arreactiva bilateral.

Se decide ingreso en Reanimación y realización de Tc craneal que confirma la presencia de hemorragia intracraneal con desviación de la línea media y herniación transtentorial con datos de isquemia troncoencefálica.

A la vista de los resultados, se informa a la familia de la gravedad del cuadro y del pronóstico infausto. Se decide finalmente la limitación del esfuerzo terapéutico que la familia entiende y acepta. A las 20:15 se produce el éxitus.

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 (en adelante, LPAC).

Se ha incorporado al expediente la historia clínica del Hospital Universitario La Paz.

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81.1 LPAC, se ha incorporado al expediente un informe elaborado por el jefe de Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo el 15 de noviembre de 2019 en el que, en primer lugar se transcribe la respuesta dada a la reclamación por el médico adjunto del servicio, encargado del paciente, en la que se recoge que el hospital dispone de un sistema informático donde se puede consultar el historial médico o revisar ingresos previos de los pacientes de una forma rápida y fiable, y en él, se ordena, gestiona y raciona la administración de fármacos.

En cuanto al tratamiento del dolor pautado señala que concretamente el día 16 de octubre se le administró analgesia de rescate, el 17 se administró un fármaco de mayor potencia analgésica y el 20 de

octubre presentó dolor después de la cura perianal, y se avisó al cirujano de guardia.

Destaca el médico adjunto que la enfermedad hematológica que padecía el paciente “*es una enfermedad muy grave en la que existe una alteración de las plaquetas que favorece las hemorragias en este caso, hemorragia intracerebral, con una alta tasa de mortalidad. Sus manifestaciones fundamentales son las convulsiones, el deterioro de la conciencia y la alteración de las funciones vitales con disminución de concentración de oxígeno en la sangre e hipotensión*”. Afirma que el paciente tenía un médico asignado a su cargo y existe un médico responsable asignado de forma semanal en las plantas de hospitalización. Además, en las sesiones clínicas de la Unidad de Coloproctología, se realiza el seguimiento de todos los enfermos ingresados.

También indica que habitualmente la información a familiares se realiza en el momento del pase de visita, pero no tienen inconveniente en informar en cualquier momento o lugar, cuando los familiares o el propio enfermo lo requieren y “*las actuaciones terapéuticas se explican, siempre, al paciente y también a los familiares de forma habitual, salvo que exista riesgo vital*”.

A lo anterior, el jefe de servicio añade que la prescripción de medicación y por tanto el tratamiento de los pacientes lo indica siempre el médico, y la enfermera, lo administra. Respecto a la coordinación de los servicios hospitalarios “*es una comunicación que no se realiza necesariamente ante el paciente y familiares*” y finalmente expresa que “*la supuesta deficiencia de calmantes va en función de las características clínicas del paciente, ya que la analgesia tiene sus efectos colaterales que no son despreciables*”.

Con fecha 9 de julio de 2020 emite informe la Inspección Sanitaria que, a la vista de la documentación obrante en el expediente, relaciona hechos, formula consideraciones médicas y concluye que la asistencia sanitaria prestada “*fue correcta y adecuada a la situación clínica que presentaba en cada momento. El paciente presentaba previamente a la fecha en que ocurrieron los hechos, objeto de la reclamación, una situación grave debido a su proceso oncológico. En cuanto a los hechos expuestos en la reclamación no se puede objetivar ninguno de los mismos una vez analizada la Historia Clínica*”.

El 6 de agosto de 2020 el reclamante presenta un recurso de reposición contra la desestimación por silencio administrativo de la reclamación presentada.

El recurso es desestimado mediante resolución de 3 de septiembre de 2020 de la viceconsejera de Asistencia Sanitaria, lo que se notifica telemáticamente al reclamante.

Mediante oficio de 2 de diciembre de 2020 se le otorgó trámite de audiencia y en las alegaciones presentadas reiteró las anteriormente formuladas en su escrito inicial. Considera que se han infringido: el artículo 4 sobre todo su punto 3 y el artículo 5 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, los artículos 27.1 y 27.2 de la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid y el artículo 11 de la Ley 4/2017, de 9 de marzo, de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso a Morir. Destaca “*las incongruencias*” del informe del médico adjunto y niega que recibiera información sobre el proceso de la enfermedad de su padre. Respecto al informe de la Inspección Sanitaria alega que en ningún momento considera que la enfermedad se agravó por culpa del trato recibido, sino que la información y la coordinación informática fue deficiente. Aclara que mientras que su padre estuvo en la

UCI, sí fueron informados, a diferencia de cuanto estuvo ingresado en planta y finalmente manifiesta que el día del óbito no tuvieron ninguna asistencia ni psicológica, ni anímica “*ni por supuesto trato con ningún médico de la planta donde estaba ingresado mi padre*”.

El 13 de enero de 2021 se ha formulado propuesta de resolución, por la viceconsejera de Asistencia Sanitaria, desestimatoria de la reclamación presentada.

CUARTO.- El 22 de enero de 2021 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 33/21, 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 23 de febrero de 2021

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

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.

El reclamante, ostenta 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 sufre el daño moral que provoca el fallecimiento de su familiar. Resulta acreditada la relación de parentesco con el libro de familia.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid ya que el daño cuyo resarcimiento se pretende se atribuye a la asistencia prestada en el Hospital Universitario La Paz perteneciente a 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 28 de octubre de 2018 por lo que la reclamación presentada el 27 de octubre de 2019 está formulada dentro del plazo legal.

En cuanto al procedimiento, no se observa ningún defecto en su tramitación; se ha recabado el informe del servicio al 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 al interesado que ha formulado alegaciones. Finalmente, 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 del reclamante por el solo hecho del fallecimiento de su padre. 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.

El reclamante reprocha en su reclamación la ausencia de un médico responsable durante la estancia hospitalaria de su padre, la falta de coordinación de los servicios médicos, problemas informáticos que dieron lugar a una prescripción de medicación sin control, deficiente atención al paciente y familiares el día 28 de octubre y finalmente, en alegaciones insiste en la falta de información.

Para centrar la cuestión relativa a la supuesta infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales médicos 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.

Por ello, es al reclamante a quien corresponde acreditar a través de medios idóneos que la asistencia prestada no fue conforme a la *lex artis*, entendiendo por medios probatorios idóneos según la Sentencia de 15 de noviembre de 2018 del Tribunal Superior de Justicia de Madrid (recurso 462/2017) “*los informes periciales e informes técnicos incorporados a los autos y al expediente administrativo, pues se está ante una cuestión*

eminente mente técnica y en los cuales necesariamente debe apoyarse el tribunal a la hora de resolver las cuestiones planteadas”.

En nuestro caso, no se ha aportado al procedimiento ninguna prueba que sirva para apoyar los reproches que se dirigen contra la Administración Sanitaria.

Esta falta de prueba hace necesario acudir a la historia clínica y 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).

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, la Sentencia del Tribunal Supremo de 16 de marzo de 2016 (recurso de casación 2228/2014) destaca: “*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*”.

Además, procede tener presente que la asistencia médica ha de atender a las circunstancias de la asistencia y a los síntomas del enfermo, mediante un juicio *ex ante* y no *ex post*, puesto que, de lo contrario, estaríamos contraviniendo la prohibición de regreso. No puede admitirse juzgar la asistencia sanitaria partiendo del dato del resultado final. Así lo ha manifestado el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en Sentencia de 4 de abril de 2017 (recurso 532/2015) 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”.

Hechas las anteriores consideraciones procede analizar los reproches del reclamante.

Deviene necesario precisar, en primer lugar que, tal como hemos expuesto en los antecedentes de hecho del presente dictamen, el paciente estaba diagnosticado desde 2016 de síndrome mielodisplásico con displasia multilínea, con gammopathía monoclonal asociada, observándose en noviembre de 2017 progresión a anemia refractaria con exceso de blastos que requirió soporte transfusional cada 15 días, enfermedad grave, según los informes obrantes en el expediente, que requería un soporte terapéutico continuo y con mal pronóstico vital. Los síndromes mielodisplásicos, según el informe de la Inspección Sanitaria, son un complejo grupo de neoplasias hematológicas de las células progenitoras hematopoyéticas y son una de las neoplasias hematológicas más frecuentes en personas de edad avanzada con una media de supervivencia de 18 meses.

En segundo lugar, las afirmaciones realizadas por el reclamante sobre la existencia de mala praxis en la asistencia sanitaria prestada a su padre resultan desvirtuadas por el informe del servicio afectado y la Inspección Sanitaria.

Respecto al primero de los reproches, según el expediente examinado, el paciente, desde que ingresa en el Hospital Universitario La Paz el 14 de octubre de 2018, derivado de un hospital privado donde había sido intervenido, hasta su fallecimiento, tenía asignado un médico y se constata que en el seguimiento de la enfermedad recibió la asistencia de diferentes servicios (Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hematología, Nefrología, Neurología, Unidad de Cuidados Intensivos) en función de la evolución de los síntomas que presentaba, sin que en la historia clínica se evidencie descoordinación de los mismos.

El reclamante sostiene que los problemas informáticos dieron lugar a la prescripción de medicación sin control y a una administración insuficiente de calmantes. Frente a esta afirmación, el informe del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo explica con claridad que el Hospital Universitario La Paz dispone de un sistema informático en el que se recogen y reflejan las anotaciones, indicaciones, pruebas complementarias y tratamientos de los diferentes especialistas y además ordena, gestiona y racionaliza la administración de fármacos y en la historia clínica y en concreto, en las hojas de administración de medicamentos, se evidencia que durante el ingreso hospitalario del paciente, se le administró el tratamiento antibiótico y analgésico pautado.

Respecto al reproche de deficiente asistencia el día 28 de octubre, la historia clínica e informes obrantes en el expediente ponen de manifiesto que a las 15 horas fue valorado física y neurológicamente por un cirujano de guardia y el paciente presentaba normalidad y a las 16:45 horas es atendido nuevamente por un cirujano de guardia al presentar

convulsiones, y en ese mismo momento, se alertó a un médico de guardia de la Unidad de Cuidados Intensivos, se procedió a su reanimación y posteriormente se realizó una tomografía cerebral ante la sospecha de hemorragia cerebral.

Finalmente, respecto al reproche de falta de información, esta Comisión ha venido destacando la relevancia de la información que ha de suministrarse al paciente, tal y como se regula en la actualidad en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, sin que en la historia clínica figuren reproches al respecto por parte del paciente, y en la que consta, que el reclamante y su madre fueron informados del grave pronóstico de la enfermedad del paciente.

Por todo ello, a falta de otra prueba aportada por el interesado, hemos de coincidir con la conclusión de los informes médicos que obran en el expediente, y, por tanto, hay que rechazar las críticas del reclamante y considerar que no se ha acreditado que la asistencia sanitaria prestada no fuera adecuada o ajustada a la *lex artis*.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación presentada al no haberse acreditado la existencia de mala praxis en la atención dispensada al padre del 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 23 de febrero de 2021

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 92/21

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid