

Dictamen n.º: **232/24**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **09.05.24**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 9 de mayo de 2024, sobre la consulta formulada por la consejera 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 Dña., D., D^a. y Dña., por los daños y perjuicios sufridos que atribuyen al fallecimiento de su esposo y padre, D., que atribuyen al retraso en la realización de una revascularización quirúrgica en el Hospital Universitario Ramón y Cajal.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 11 de agosto de 2022, las personas mencionadas en el encabezamiento, asistidas por una abogada, presentaron un escrito en el Hospital Universitario Ramón y Cajal, en el que reclamaban la responsabilidad patrimonial de la Comunidad de Madrid por el fallecimiento de su esposo y padre.

Según el relato del escrito de reclamación, su familiar había acudido el 10 de enero de 2022 al Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Ramón y Cajal por un dolor torácico. Indica que, según el

informe médico de esa fecha, ante la clínica y hallazgos del ECG y ecocardiograma se trataba de un paciente “con muy alto riesgo y con enfermedad coronaria”, alcanzándose el diagnóstico de “*angina de esfuerzo progresiva en paciente con probable necrosis inferior previa y arteriopatía periférica*”. El 18 de enero de 2022, se le realizó un cateterismo, con la conclusión siguiente: “*Ante los hallazgos de enfermedad coronaria multivazo (incluyendo 2 oclusiones totales de aspecto crónico) se considera la revascularización quirúrgica como primera opción*”. Su familiar fue citado con el Servicio de Cirugía Cardíaca el 25 de enero de 2022 que concluyó con el diagnóstico de enfermedad coronaria aterosclerótica de 3 vasos: lesión crítica en DA proximal y severa en DA media, oclusión total crónica de OM1 y oclusión total crónica de CD media. Se le incluyó en lista de espera quirúrgica preferente y se solicitó preoperatorio realizado el 2 de febrero. Además, el 13 de febrero de 2022, se realizó PCR porque tenía programado el ingreso hospitalario el día 15 de febrero a las 8:00 horas y la operación para el día 16 de febrero a la misma hora.

Según los reclamantes, su familiar recibió una llamada el día 14 de febrero cancelando la fecha de ingreso y operación y posponiéndola para el día 18 de febrero. El 15 de febrero, día en el que debía ingresar para hacerle pruebas y prepararle para la operación, fallece a las 14:47 horas, cuando iba caminando por la calle. Subrayan que la causa inmediata de la muerte fue un infarto agudo de miocardio, fibrilación ventricular y como causa intermedia, obstrucción coronaria.

En base a lo expuesto, los interesados sostienen que el fallecido se encontraba en una situación muy grave y que la muerte se podía haber evitado de realizarse la operación en la fecha indicada. Por ello, sostienen que se ha producido una pérdida de oportunidad del paciente.

Los interesados reclaman una indemnización, por aplicación del baremo establecido para los accidentes de tráfico de 94.819,28 euros, para la esposa del fallecido y de 52.677,38 euros, a favor de cada uno de los hijos teniendo en cuenta la edad de los mismos, 30, 27 y 23 años. En total, 252.851,42 euros.

El escrito de reclamación se acompaña con copia del libro de familia de los interesados; el certificado de defunción de su familiar y documentación médica del paciente fallecido (folios 1 a 78 del expediente).

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

El familiar de los reclamantes, de 62 años de edad en la fecha de los hechos por los que reclama, contaba con antecedentes médicos, entre otros, de hipertensión arterial, hiperuricemia con crisis gotosas y claudicación intermitente (Fontaine IIA) en el miembro inferior derecho.

El 10 de enero de 2022, el paciente fue visto en el Servicio de Cardiología de Adultos del Hospital Universitario Ramón y Cajal al presentar un cuadro de dolor torácico. Se anotó que desde el mes de octubre había comenzado con dolor torácico de esfuerzo, no todos los días y nunca de reposo. Era un dolor opresivo que no se irradiaba y que cedía en pocos minutos. A veces era de primeros esfuerzos y luego ya podía caminar sin problema.

En el apartado de “Evolución” se hizo constar: “Ante la clínica y hallazgos del ECG y ecocardiograma se trata de un paciente con muy alto riesgo y con enfermedad coronaria. Voy a ajustar tratamiento y solicitar coronariografía preferente. Pauto tratamiento hasta entonces”. Como diagnóstico principal se hace constar el de “angina de esfuerzo progresiva en paciente con probable necrosis inferior previa y

arteriopatía periférica. FEVI normal". Se pautó tratamiento farmacológico adicional y en el apartado de "Otras Recomendaciones" se hace constar: *"Si dolor torácico tomar cafinitrina sl. Si no cede en 5 min avisar al 112 y tomar otro comprimido sublingual. Revisión conmigo tras realizar la coronariografía"*.

El 18 de enero de 2022, se realizó una coronariografía en el Hospital Universitario Ramón y Cajal, con la conclusión de *"enfermedad coronaria aterosclerótica de 3 vasos: lesión crítica en DA proximal y severa en DA media, oclusión total crónica de OM1 y oclusión total crónica de CD media. Ante los hallazgos de enfermedad coronaria multivazo (incluyendo 2 oclusiones totales de aspecto crónico), se considera la revascularización quirúrgica como primera opción. Se contacta con Servicio de Cirugía Cardíaca y queda citado para consulta el próximo día 25 de enero de 2022 a las 09:15 horas (se adjunta cita)"*. Se indica que *"deberá mantener tratamiento médico pautado (incluyendo Adiro). Si comienza con dolor torácico persistente (sobre todo en reposo) o falta de aire, avisará a 112 y acudirá a Urgencias"*.

El 25 de enero de 2022 se realiza la consulta preoperatoria por el Servicio de Cirugía Cardíaca. El paciente es incluido en lista de espera quirúrgica preferente y se solicita preoperatorio. Ese día, el familiar de los reclamantes firma el documento de consentimiento informado para revascularización miocárdica.

El 2 de febrero de 2022, el paciente realiza la consulta de preanestesia con el resultado de *"apto"*.

El 13 de febrero de 2022, se realiza PCR para SARS-Cov-2 con resultado negativo.

No resulta controvertido que el paciente fue contactado por vía telefónica para informarle de la reprogramación de la intervención prevista para el día 15 de febrero al 18 de febrero.

El día 15 de febrero de 2022, el paciente fallece de manera súbita en la vía pública a las 14:47 horas.

Según el certificado médico de defunción que obra en el procedimiento, las causas inmediatas del fallecimiento fueron un infarto agudo de miocardio y una fibrilación ventricular; como causas intermedias, obstrucción coronaria, diabetes mellitus II e hipertensión arterial y otros procesos, obesidad.

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 (en adelante, LPAC).

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica del familiar de los reclamantes del Hospital Universitario Ramón y Cajal y del Centro de Salud Canal de Panamá (folios 81 a 131).

Asimismo, consta en el procedimiento el informe del Servicio de Angiología y Cirugía Vasculat, que, el 13 de septiembre de 2022, se limitó a dar cuenta de la asistencia dispensada al interesado según consta en la historia clínica de dicho servicio.

Además, se ha incorporado el informe de 22 de septiembre de 2022 del Servicio de Cirugía Cardiovascular del referido hospital que expone la enfermedad que padecía el paciente, las pruebas diagnósticas realizadas y la programación de la cirugía que estima adaptada a lo exigido en los protocolos médicos. En este sentido, explica que la intervención de revascularización quirúrgica fue programada para el lunes 15 de febrero de 2022, tiempo inferior al máximo recomendado, si bien debido a la existencia de dos pacientes ingresados en el centro, con criterios de cirugía urgente durante el ingreso, el paciente fue contactado por vía telefónica para informarle de la reprogramación de

la intervención al día 18 de febrero, dentro de la misma semana. Destaca que estas reprogramaciones son habituales en el Servicio de Cirugía Cardíaca de Adultos para optimizar los tiempos de estancia hospitalaria, priorizando por razones obvias a los pacientes ya ingresados y con situaciones de códigos de cirugía prioritaria (códigos 0, 1 y 2) respecto de los ambulatorios que permiten más demora. Dada la situación en aquel entonces de obligatoriedad de PCR para SARS-CoV-2 en las 48 horas previas al ingreso hospitalario, y que el familiar de los reclamantes ya se había realizado la prueba con resultado negativo el día 13 de febrero, se le ofreció al paciente la posibilidad de ingreso el lunes 14 de febrero como estaba previsto previamente, y permanecer ingresado hasta el jueves 18 de la intervención. El paciente, tras explicarle la situación, prefirió demorar el ingreso, a pesar de que tendría que repetir una nueva PCR. Desgraciadamente, el día 15 de febrero, el paciente fallece de manera súbita e inesperada en la vía pública.

Consta que el 30 de enero de 2023, los interesados presentaron su escrito de reclamación ante el Servicio Madrileño de Salud.

Figura en el procedimiento el informe de 28 de septiembre de 2023 de la Inspección Sanitaria que, tras analizar la historia clínica del paciente, los informes emitidos en el curso del procedimiento, así como realizar las oportunas consideraciones médicas concluye que la actuación del Hospital Universitario Ramón y Cajal *“puede considerarse correcta en todo momento y siempre adecuada y ajustada a la lex artis ad hoc”*.

Una vez instruido el procedimiento, el 22 de diciembre de 2023 se confirió trámite de audiencia a los reclamantes. El 11 de enero de 2024, los interesados formularon alegaciones en el trámite conferido al efecto, oponiéndose al informe de la Inspección Sanitaria e incidiendo en los términos de su escrito de reclamación. Con el escrito se aportó la

escritura de poder otorgado a favor de la abogada que les asiste en la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Finalmente, el 2 de abril de 2024, se ha formulado la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación al considerar que no se ha acreditado la infracción de la *lex artis* en la asistencia sanitaria reprochada.

CUARTO.- El 10 de abril de 2024 se formuló preceptiva consulta a este órgano consultivo, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el n.º 227/24. La ponencia correspondió a la letrada vocal, Dña. Ana Sofía Sánchez San Millán, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 9 de mayo de 2024.

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 a solicitud de la consejera 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 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.

Los reclamantes ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, conforme a lo dispuesto en el artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la LRJSP, en cuanto que sufren el daño moral provocado por el fallecimiento de su familiar.

La legitimación pasiva resulta indiscutible que corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que la atención médica denunciada se prestó por Hospital Universitario Ramón y Cajal, centro sanitario integrado en la red sanitaria pública madrileña.

En cuanto al plazo para el ejercicio del derecho a reclamar, es de un año contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo (cfr. artículo 67.1 de la LPAC).

En el presente caso, teniendo en cuenta que el fallecimiento del familiar de los reclamantes se produjo el día 15 de febrero de 2022, no cabe duda que la reclamación interpuesta el 11 de agosto de ese mismo año ha sido formulada en plazo legal.

En cuanto al procedimiento seguido en la tramitación de la reclamación de responsabilidad patrimonial, se observa que en

cumplimiento del artículo 81 de la LPAC se ha emitido informe por los servicios implicados en la asistencia sanitaria reprochada en el Hospital Universitario Ramón y Cajal. Además, se ha incorporado el informe de la Inspección Sanitaria y la historia clínica del paciente. Tras la instrucción del expediente se confirió el trámite de audiencia a los interesados, que formularon alegaciones en los términos anteriormente expuestos y, finalmente, se ha redactado la propuesta de resolución en sentido desestimatorio de la reclamación de responsabilidad planteada.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite 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 y 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.

Según constante y reiterada jurisprudencia, el sistema de responsabilidad patrimonial presenta las siguientes características: a) unitario: rige para todas las Administraciones; b) general: abarca toda la actividad -por acción u omisión- derivada del funcionamiento de los servicios públicos, tanto si éstos incumben a los poderes públicos, como si son los particulares los que llevan a cabo actividades públicas que el ordenamiento jurídico considera de interés general; c) de responsabilidad directa: la Administración responde directamente, sin perjuicio de una eventual y posterior acción de regreso contra quienes hubieran incurrido en dolo, culpa, o negligencia grave; d) objetiva, prescinde de la idea de culpa, por lo que, además de erigirse la causalidad en pilar esencial del sistema, es preciso que el daño sea la

materialización de un riesgo jurídicamente relevante creado por el servicio público; y, e) tiende a la reparación integral.

Para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con 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 de los servicios públicos, en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran alterar dicho nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor, y d) que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

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 la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2022 (recurso 771/2020), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo,

«el hecho de que la responsabilidad extracontractual de las Administraciones públicas esté configurada como una responsabilidad objetiva no quiere decir, ni dice, que baste con haber ingresado en un centro hospitalario público y ser sometido en el mismo al tratamiento terapéutico que el equipo médico correspondiente haya considerado pertinente, para que haya que indemnizar al paciente si resultare algún daño para él. Antes, al contrario: para que haya obligación de indemnizar es preciso que haya una relación de nexo causal entre la actuación médica y el daño recibido, y que éste sea antijurídico, es decir: que se trate de un daño que el paciente no tenga el deber de soportar, debiendo

entenderse por daño antijurídico, el producido (cuando) no se actuó con la diligencia debida o no se respetó la lex artis ad hoc.

En consecuencia lo único que resulta exigible a la Administración Sanitaria "... es la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en este tipo de responsabilidad es una indebida aplicación de medios para la obtención de resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente" (STS Sección 6ª Sala C-A, de 7 marzo 2007).

En la mayoría de las ocasiones, la naturaleza jurídica de la obligación de los profesionales de la medicina no es la de obtener en todo caso la recuperación de la salud del enfermo, obligación del resultado, sino una obligación de medios, es decir, se obligan no a curar al enfermo, sino únicamente a dispensarle las atenciones requeridas, según el estado de la ciencia (SSTS de 4 de febrero y 10 de julio de 2002 y de 10 de abril de 2003).

En definitiva, el título de imputación de la responsabilidad patrimonial por los daños o perjuicios generados por el funcionamiento normal o anormal de los servicios de asistencia sanitaria, no consiste sólo en la actividad generadora del riesgo, sino que radica singularmente en el carácter inadecuado de la prestación médica llevada a cabo, que puede producirse por el incumplimiento de la lex artis o por defecto, insuficiencia o falta del servicio.

A lo anterior hay que añadir que no son indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido evitar o prever según el estado de los conocimientos de la

ciencia o de la técnica existentes en el momento que se producen aquéllos, de suerte que si la técnica empleada fue correcta de acuerdo con el estado del saber, el daño producido no sería indemnizable por no tratarse de una lesión antijurídica sino de un riesgo que el paciente tiene el deber de soportar y ello aunque existiera un nexo causal.

En la asistencia sanitaria el empleo de la técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido ya que cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si a pesar de ello causó el daño o más bien pudiera obedecer a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente».

CUARTA.- Aplicada la anterior doctrina al presente caso, resulta acreditado el fallecimiento de una persona, que provoca un “*daño moral cuya existencia no necesita prueba alguna y ha de presumirse como cierto*” (Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de noviembre de 2004 -recurso 7013/2000- y en similar sentido la Sentencia de 25 de julio de 2003 -recurso 1267/1999).

Una vez determinado el daño en los términos expuestos, procede analizar la concurrencia de los demás requisitos necesarios para reconocer la existencia de responsabilidad patrimonial.

Los reclamantes aducen que, su familiar, que estaba afectado por una grave enfermedad coronaria falleció a consecuencia de no haber sido intervenido quirúrgicamente el día que tenía programada la cirugía, el 15 de febrero de 2022, al ser reprogramada para el día 18 de febrero, siendo así que falleció el indicado día 15 de febrero, al sufrir un infarto agudo de miocardio en la vía pública.

Centrado el objeto de la reclamación en los términos expuestos, vamos a analizar los reproches enunciados, partiendo de lo que constituye la 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 este sentido se ha pronunciado, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 8 de abril de 2022 (recurso 1079/2019), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo. Además, como añade la citada sentencia, *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica”*.

En este caso, los reclamantes no han aportado al procedimiento ningún tipo de acreditación de que la suspensión de la intervención programada fuera incorrecta o inadecuada, sin que sirvan a este propósito las afirmaciones contenidas en el escrito de reclamación sin sustento probatorio alguno. Por el contrario, los informes médicos que obran en el expediente contrastados con la historia clínica examinada descartan la mala praxis denunciada. En particular, la Inspección Sanitaria ha considerado que la actuación sanitaria reprochada fue acorde a la *lex artis ad hoc*. En este punto cabe recordar el especial valor que esta Comisión Jurídica Asesora atribuye a la opinión de la Inspección Sanitaria, pues, tal y como recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, así su Sentencia de 24 de mayo de 2022 (recurso 786/2020), *“sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen también 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”*.

Como ya hemos señalado en anteriores dictámenes de esta Comisión Jurídica Asesora -así nuestro Dictamen 532/16, de 24 de noviembre; el Dictamen 136/18, de 22 de marzo y el 258/20, de 30 de junio, entre otros-, el sistema de lista de espera ha sido declarado válido por los tribunales [Sentencia del Tribunal Supremo de 24 de septiembre de 2001 (recurso 4596/1997) y Sentencia de la Audiencia Nacional de 29 de octubre de 2003 (recurso 561/2001)]. Partiendo de la juridicidad de la lista de espera reconocida por los tribunales, se trata de determinar si el interesado reunía los requisitos necesarios para haber priorizado su intervención, pues no se trata de exigir a la Administración *“que disponga de medios ilimitados - lo que sería antijurídico por ir contra la naturaleza de las cosas y hasta contra el mismo sentido común- sino de probar que los medios materiales y personales disponibles, dentro del sistema estaban operativos y ocupados en atender a pacientes que presentaban una patología que requiere una intervención urgente”* (Sentencia de la Audiencia Nacional de 29 de octubre de 2003). En este mismo sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de junio de 2020 (Procedimiento Ordinario 168/2018), dictada en el asunto correspondiente al citado Dictamen 136/18.

Tal como recuerda la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana de 26 de octubre de 2011 (PO 211/2006), *“en cuanto a las listas de espera y el daño o perjuicio causado a los pacientes por esta causa solo puede ser indemnizable si es considerado como infracción de la lex artis”*.

En este caso, el informe médico obrante en el expediente del Servicio de Cirugía Cardiovascular, cuyo criterio es corroborado por la Inspección Sanitaria, pone de manifiesto que, ante el diagnóstico de un enfermo con angina estable en clase funcional 2-3 y enfermedad multivaso, la actuación recomendada por el Documento de Criterios de

Ordenación temporal de las intervenciones quirúrgicas en patología cardiovascular, y avalado por la Sociedad Española de Cardiología (SEC) y de Cirugía Cardiovascular y Endovascular (SECCE) es el manejo de manera ambulatoria, entrando en los códigos de cirugía programada. En este caso, se trataba de un paciente con angina estable en grado 2-3, con enfermedad multivaso, sin lesión significativa del tronco coronario, lo que corresponde con un código 3 que presenta una recomendación de intervención programada, de manera ambulatoria sin requerir ingreso, y con una prelación alta (intervención en menos de 6 semanas).

Según resulta de la historia clínica y recoge el informe médico mencionado, el familiar de los reclamantes fue visto en consultas de Cirugía Cardíaca el día 25 de enero del 2022, a la semana de haberle realizado un cateterismo diagnóstico, e incluido en lista de espera quirúrgica. El 2 de febrero de 2022, el paciente realizó la consulta de preanestesia con el resultado de “*apto*” y el 13 de febrero de 2022 se realizó PCR para SARS-Cov-2 con resultado negativo.

Según expone el informe del Servicio de Cirugía Cardiovascular y aducen los interesados en su escrito de reclamación, la cirugía estaba programada para el día 15 de febrero, si bien el día 14 de febrero se comunicó telefónicamente al paciente que la cirugía se posponía al día 18 de febrero. El informe del servicio implicado en la asistencia sanitaria reprochada ofrece una explicación de dicha reprogramación que es calificada como conforme a la *lex artis ad hoc* por parte de la Inspección Sanitaria. Así, señala que la revascularización quirúrgica fue programada para el lunes 15 de febrero del 2022, tiempo inferior al máximo recomendado (6 semanas), si bien debido a la existencia de dos pacientes ingresados en el centro, con criterios de cirugía urgente durante el ingreso, el paciente fue contactado por vía telefónica para informarle de la reprogramación de la intervención al día 18 de febrero,

dentro de la misma semana. Destaca que estas reprogramaciones son habituales en el Servicio de Cirugía Cardíaca de Adultos para optimizar los tiempos de estancia hospitalaria, priorizando por razones obvias a los pacientes ya ingresados y con situaciones de códigos de cirugía prioritaria (códigos 0, 1 y 2) respecto de los ambulatorios que permiten más demora.

Además, según explica el informe del servicio, lo que no ha sido desmentido por los interesados en su escrito de alegaciones en el trámite de audiencia, dada la situación en aquel entonces de obligatoriedad de PCR para SARS-CoV-2 en las 48 horas previas al ingreso hospitalario, y que el familiar de los reclamantes ya se había realizado la prueba con resultado negativo el día 13 de febrero, se le ofreció al paciente la posibilidad de ingreso el lunes 14 de febrero como estaba previsto previamente, y permanecer ingresado hasta el jueves 18 de la intervención. El paciente, tras explicarle la situación, prefirió demorar el ingreso, a pesar de que tendría que repetir una nueva PCR.

Como hemos visto, desgraciadamente el paciente falleció de muerte súbita el día 15 de febrero, pero ello no puede imputarse como pretenden los reclamantes a una mala praxis ni en la programación ni en la reprogramación de la cirugía, pues ambas fueron conforme a la *lex artis*, según corrobora la Inspección Sanitaria.

En definitiva, según resulta de los informes médicos que obran en el expediente, y en particular, del informe de la Inspección Sanitaria, cabe concluir que no ha quedado acreditada mala praxis en la asistencia sanitaria dispensada al familiar de los reclamantes, ni relación de causalidad entre el fatal desenlace y la atención médica dispensada.

Por todo cuanto antecede, la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado la relación de causalidad ni una infracción de la *lex artis ad hoc*.

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 9 de mayo de 2024

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 232/24

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid