

Dictamen n.º: **682/24**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **30.10.24**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 30 de octubre 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 D., por los daños y perjuicios derivados de la deficiente asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario de Torrejón, con ocasión del tratamiento de su miocardiopatía hipertrófica obstructiva.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El expediente de responsabilidad patrimonial trae causa del escrito formulado por las abogadas de la persona citada en el encabezamiento de este dictamen y presentado el 17 de octubre de 2022 en el registro del Servicio Madrileño de Salud.

En su escrito, el reclamante relata su evolución clínica entre el 2 de junio de 2015, fecha en que se sometió a una cirugía de implantación de un desfibrilador automático implantable (en adelante, “DAI”) en el Hospital Universitario de Torrejón, y el 23 de julio de 2020, cuando fue de nuevo intervenido en el Hospital General Universitario Gregorio

Marañón, donde se le realizó una miectomía septal ampliada para resección de la membrana subaórtica.

El interesado refiere que el 11 de febrero de 2021 inició un programa de rehabilitación cardíaca que finalizó el 25 de marzo de 2021, pasando a presentar una excelente clase funcional pero que, sin embargo, los días 20 de diciembre de 2020 y 18 de enero de 2021, el DAI (que no se había disparado nunca desde su implante en 2015), sufrió dos descargas inapropiadas en relación con la práctica deportiva. Indica que, por su temor ante la posibilidad de nuevas descargas eléctricas inapropiadas, solicitó información sobre la posibilidad de desactivar el DAI, siendo aceptada esta posibilidad por no ser necesario, debido a la falta de indicación.

El reclamante señala que los facultativos del Hospital General Universitario Gregorio Marañón consideraron que la hipertrofia ventricular no era de origen genético, sino más bien secundaria a la existencia de la membrana subaórtica, y que el DAI se implantó erróneamente en base a un diagnóstico de miocardiopatía hipertrófica con antecedente familiar de muerte súbita como principal factor de riesgo, (muerte súbita en madre de 44 años, a la que no se realizó autopsia ni estaba previamente diagnosticada de miocardiopatía hipertrófica).

Al respecto, afirma que resulta muy llamativo que en el informe del HUGM se hace constar que *“la hipertrofia venía provocada por la membrana, pero que el DAI se implantó en base al antecedente familiar de muerte súbita como principal factor de riesgo, aunque con la evidencia actual el riesgo del paciente se consideraría bajo y es dudoso que podamos tener en cuenta la muerte súbita de la madre como factor de riesgo dado que no se realizó autopsia y no estaba diagnosticada de miocardiopatía hipertrófica”*.

La reclamación recoge que este cambio de criterio por parte de los facultativos del Hospital General Universitario Gregorio Marañón era la prueba clara de que el dispositivo nunca estuvo indicado, ya que el único factor de riesgo que se tuvo en cuenta para la implantación del DAI era la muerte súbita materna no aclarada y sin autopsia.

Según el escrito, con estas consideraciones se decidió desactivar el DAI y recomendar al paciente que no tuviera restricciones especiales en cuanto a su actividad física o laboral. Se indica que, raíz de la desactivación del desfibrilador, el reclamante pasó por un nuevo tribunal médico, regresando a su actividad profesional de policía local, pues el 3 de mayo de 2022 se dictó resolución por el INSS, revisando la situación de incapacidad permanente total y considerando que no se encontraba ya afecto a ningún grado de incapacidad permanente.

El reclamante continúa señalando que los estudios diagnósticos realizados al paciente en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón apoyan más la posibilidad de que la patología que presentaba el paciente inicialmente no era una miocardiopatía hipertrófica sino una hipertrofia secundaria a la membrana, que no fue diagnosticada inicialmente, a los efectos de implante del DAI.

En definitiva, el interesado concluye que resulta evidente con los datos obrantes en el historial clínico, que la decisión de implantar un desfibrilador automático subcutáneo, tomada en sesión clínica del Hospital Universitario de Torrejón no estaba avalada por las recomendaciones generales emitidas y publicadas en los protocolos y las guías de práctica clínica de las sociedades médicas europeas y de la Española de Cardiología, que consideran la indicación como de clase III-B, de modo que existe evidencia de que el tratamiento no es efectivo y puede resultar perjudicial, por lo que no se recomienda.

El reclamante considera que la implantación del DAI en 2016 clínicas ha tenido una serie de consecuencias negativas:

A nivel físico y psicológico, tuvo que ser sometido a una cirugía de implantación de DAI, con el consecuente perjuicio estético por las cicatrices, a controles médicos frecuentes y sufrió dos descargas del DAI inapropiadas. De igual modo, según se afirma, tendrá que ser sometido a otra cirugía de retirada del dispositivo y ha sufrido durante siete años restricciones importantes en su vida diaria, absteniéndose de la práctica deportiva intensa que venía desarrollando. El escrito indica que se le diagnosticó un trastorno adaptativo reactivo, que necesitó terapia psicológica para adaptarse a su nueva situación.

Desde el punto vista económico, se le reconoció una incapacidad permanente total, sufriendo una merma económica evidente, en tanto en cuanto pasó a cobrar el 55% de la base reguladora. Además, la reclamación señala que, al permanecer siete años inactivo en su carrera de policía municipal, ha perdido la antigüedad necesaria para concursos y traslados, por lo que ya ha sido excluido de un concurso por no cumplir el requisito de antigüedad.

El reclamante solicita una indemnización por importe de 210.925,89, con el siguiente desglose:

- Cirugías no indicadas, debiendo computarse la cirugía de implantación de DAI (1.600 €), añadiendo 1.600 euros por la cirugía de retirada del desfibrilador: 3.200 €.

- Perjuicio estético: 3 puntos: 2.459,96 €.

- Lesiones temporales: 2.330 días de perjuicio x 52 = 121.160 €.

- Lucro cesante: los ingresos dejados de percibir a consecuencia del reconocimiento de una incapacidad permanente total por la implantación

del DAI, de modo que el reclamante pasó a cobrar una prestación del 55% de la base reguladora: 64.105,93 €.

- Daños morales por falta de antigüedad e imposibilidad de optar a concurso: 20.000 €.

El escrito inicial de reclamación se acompaña de diversa documentación médica acreditativa de la asistencia sanitaria recibida, así como documentación acreditativa de la situación laboral del reclamante y de las nóminas percibidas (folios 1 a 265 del expediente administrativo). A requerimiento de la Administración, y con fecha 24 de octubre de 2022, el reclamante aporta poder general en favor de sus representantes legales.

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

Se trata de un paciente, nacido en 1979, en seguimiento por miocardiopatía en el Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de Torrejón desde 2014, que acude a consulta de Cardiología el 24 de febrero de 2015.

El paciente refiere que era muy pequeño cuando falleció su madre. Ella tenía 44 años, era obesa, no fumadora, desconoce si tomaba fármacos para hipertensión arterial o dislipemia, no era diabética. Estando previamente asintomática, se levantó por la noche al baño y falleció súbitamente. Sin autopsia. Sin otros antecedentes de muerte súbita, fallecimientos de causa cardíaca ni síncope de repetición. Su hermano también padece miocardiopatía hipertrófica, sin síncope. El paciente nunca ha tenido síncope.

Se comenta el caso en sesión. Se considera indicado el implante de un DAI en prevención primaria, dado el antecedente familiar de muerte

súbita, que no parece atribuible a otra causa distinta a la miocardiopatía hipertrófica. Se le explica al paciente y a su mujer en qué consiste el procedimiento y sus riesgos, aceptan que se implante.

El paciente acude a consulta el 27 de abril de 2015. Recibe información acerca de las limitaciones físicas derivadas de la implantación del DAI, orientada a su readaptación laboral, y relacionada con la intencionalidad del procedimiento como prevención primaria, ante la ausencia de arritmias documentadas.

De nuevo en consulta el 21 de septiembre de 2015, se encuentra asintomático cardiovascular, sin episodios de arritmias. Puede realizar ejercicio aeróbico controlado. No se recomienda que continúe su trabajo como policía en la calle, ni portando armas.

Acude a consulta de Cardiología el 28 de noviembre de 2016. Ante los hallazgos del ecocardiograma (sospecha de membrana subaórtica), se solicita ecocardiograma transesofágico para confirmarlo/descartarlo, para un manejo posterior (por el momento no hay gradiente severo ni movimiento anormal sistólico importante). *“Me comunico con Boston para apoyo en la revisión de DAI”*.

El informe de consulta de Cardiología de 12 de enero de 2017 señala: *“enfermedad actual: refiere palpitaciones ocasionales, pero reconoce que está en una situación actual estresante. No taquicardia sostenida, mareos ni sincopes”*.

En ecocardiograma transesofágico se observa engrosamiento del septum interventricular moderado-severo a nivel del tracto de salida del ventrículo izquierdo. Se observa membrana subaórtica en forma de media luna, adosada al septum interventricular, de alrededor de 4 mm, que puede contribuir a la obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo.

Juicio clínico: miocardiopatía hipertrófica familiar. Membrana subaórtica que contribuye a la obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo moderada-severa. Paciente asintomático. Portador de DAI subcutáneo.

Con fecha 17 de mayo de 2017, acude a consulta de Cardiología. Similar a previas. Algo de disnea ocasional, pero en relación con hablar rápido o situaciones similares. Juicio clínico: miocardiopatía hipertrófica familiar. Membrana subaórtica. Plan: revisión en 6 meses con ecocardio.

El 20 de julio de 2017, se realiza ecocardiograma: ventrículo izquierdo no dilatado, con hipertrofia moderada-severa del septo. Presenta membrana subaórtica de unos 3 mm. Presenta obstrucción en el tracto de salida del ventrículo izquierdo, sin pico sistólico tardío, con un GP máximo de 45 mmHg, sin modificación con Valsalva (sugiere obstrucción fija por la membrana y no dinámica por el septo).

En la revisión de 2 de agosto de 2017, refiere mayor disnea de esfuerzo, como al subir escaleras, cuestas, algo que antes no le pasaba. Dado el empeoramiento funcional del paciente, se solicita eco de esfuerzo para valorar la obstrucción al tracto de salida y la clínica del mismo.

Con fecha 31 de agosto de 2017, el paciente acude a consulta de Cardiología en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

“Historia cardiológica: miocardiopatía hipertrófica diagnosticada a raíz de palpitaciones con esfuerzo en 2014. Aporta informe de 2015 con E.T.T. HVI 16mm septal, gradiente T.S.V.I. basal 57, Valsalva 72, datos de disfunción diastólica ...Estudio genético + con mutación patogénica en gen MYH (NM _000257) c.4377 G>T (p. Lys1459Asn), en ClinVar está catalogada como VUS. E.T.E., enero 2017. Membrana subaórtica de media luna adosada al S.I.V. de 4 mm”.

El paciente se encuentra asintomático en la esfera cardiovascular, sin palpitaciones ni síncope, y sin eventos registrados en el DAI.

El 6 de agosto de 2018, se realiza ergometría. Prueba de esfuerzo concluyente, clínicamente negativa y eléctricamente positiva para isquemia. Respuesta tensional adecuada. No se produjeron arritmias. Clase funcional normal.

Acude a consulta de Cardiopatías Familiares del Hospital General Universitario Gregorio Marañón el 30 de enero de 2019.

Historia cardiológica: estudio genético + con mutación patogénica en gen MYH (NM_000257) c.4377 G>T (p. Lys1459Asn), en ClinVar está catalogada como VUS. Ecocardiograma transesofágico enero 2017. Membrana subaórtica de media luna adosada al S.I.V. de 4mm.

Ecocardiograma: ventrículo izquierdo no dilatado, con espesores parietales ligeramente aumentados salvo a nivel del segmento basal del septo donde se aprecian espesores de 1,4-1,6mm y espolón muscular vs membrana que condiciona una obstrucción del flujo eyectivo con gradiente máximo de 42mm, que aumenta a 52mm con maniobra de Valsalva.

Informe de ergometría convencional (22/06/2017): Criterios de H.V.I. en E.C.G. basal. En máximo esfuerzo se objetiva descenso de ST de 1mm, horizontal en cara inferior. Ergometría concluyente por criterios de FCMT, clínicamente negativa y eléctricamente positiva en máximo esfuerzo (en el contexto de M.H.O.). Sin eventos arrítmicos.

Ecocardiograma transtorácico julio 2018: ...Imagen compatible con espolón muscular/membrana subaórtica, con aceleración de flujo a ese nivel”.

Plan: debe evitar realizar ejercicio físico intenso, evitando deportes de contacto.

Acude a consulta el 25 de septiembre de 2019 en el mismo servicio. Al traslado para seguimiento en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón en 2017, se objetiva en ecocardiograma un espolón muscular/membrana subaórtica, que podría justificar parte de la hipertrofia ventricular. Se reanaliza la variante considerada previamente en el Hospital Universitario de Torrejón como probablemente patogénica. Sin embargo, con la evidencia actual, se ha reclasificado en bases de datos como Clinvar como variante de significado incierto, con baja sospecha de patogenicidad/probablemente benigna (por frecuencias poblacionales demasiado altas para la frecuencia de la enfermedad).

El paciente acude a revisión con nuevo ecocardiograma, en el que se objetiva aumento de aceleración de flujo a ese nivel. Clínicamente asintomático.

Comentario y plan: se informa de la actualización con reclasificación de la variante genética en MYH7, con dudas ahora sobre la causalidad al haberse considerado como variante de significado incierto/ probablemente benigna en otras bases de datos. Interesaría profundizar en etiología de hipertrofia miocárdica, dada la presencia de membrana subaórtica. Se decide solicitar ecocardiograma transesofágico, para mejor valoración y vigilancia de gradientes. De todos modos, su hermano también presenta una miocardiopatía hipertrófica.

De nuevo en consulta de Cardiopatías Familiares el 16 de enero de 2020. Tras comentar el caso en sesión, se decide presentar el caso en sesión médico-quirúrgica, ya que el paciente se encuentra claramente sintomático y limitado en su vida diaria. Además, es poco probable obtener una mejoría con tratamiento médico, ya que la obstrucción es generada por la estructura subaórtica y la inserción anómala del papilar.

El paciente es muy proclive a la intervención si se considera indicada en sesión. Consulta por las opciones de retomar su trabajo en el futuro (policía), “*a revalorar en función de la evolución*” .

En el informe clínico de alta de cirugía cardíaca de 23 de julio de 2020, tras ingreso programado, se hace constar:

“Historia actual: varón de 41 años con diagnóstico de miocardiopatía hipertrófica fundamentalmente a nivel de espolón en septo interventricular que, unido a la presencia de ms. papilar anómalo en velo anterior, condiciona la presencia de obstrucción subaórtica con gradientes elevados. El paciente presenta una variante genética de significado incierto y es portador de DAI subcutáneo en prevención, que no ha registrado descargas hasta el momento.

Se presenta en sesión médica-quirúrgica por empeoramiento de clase funcional con ergometría eléctricamente positiva, motivo por el cual incluimos en lista de espera para resección de septo y de músculo papilar.

Intervención quirúrgica (24/07/2020): buena función biventricular con ventrículo izquierdo hipertrófico. A nivel septal, se observa membrana fibrótica junto con hipertrofia ligera a ese nivel, lo que condiciona obstrucción severa del T.S.V.I. Se observa también una cuerda tendinosa con inserción en el septo. Por último, se observa cuerda tendinosa engrosada con inserción en el borde libre del velo anterior mitral”.

El paciente acude a consulta de Cardiología para revisión postquirúrgica el 14 de septiembre de 2020. Clínicamente ha ido mejorando, ha ido progresivamente recuperando capacidad funcional, aunque se nota aún cansado y con ligera disnea de esfuerzo.

Consta en la historia clínica una consulta telefónica de Cardiología el 10 de noviembre de 2020. En ese momento, disnea de moderado esfuerzo desde la cirugía, se encuentra algo más limitado que antes de la cirugía. Paciente candidato a programa presencial de rehabilitación cardíaca.

Acude a consultas externas de Cardiología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón el 22 de enero de 2021. Seguimiento por diagnóstico previo de miocardiopatía hipertrófica inicial en el Hospital Universitario de Torrejón, aunque revisando la historia clínica y las pruebas se trata de una hipertrofia del ventrículo izquierdo secundaria a membrana subaórtica. Como incidencia, ha tenido dos descargas inapropiadas el 20 de diciembre de 2020 (estaba empezando a correr) y el 18 de enero de 2021 (justo al finalizar una hora de boxeo). Se realizó estudio genético. Se revisó, y con la evidencia actual, se ha reclasificado en bases de datos como ClinVar como una variante de significado incierto con baja sospecha de patogenicidad/ probablemente benigna (sesión de Cardiopatías Familiares del 24 de septiembre de 2019). Ha expresado en algún momento su deseo de retirarse el DAI.

En el informe de evolución de consulta de Rehabilitación Cardíaca de 25 de marzo de 2021 se hace constar: *“fecha de comienzo: 11/02/21 y fecha de finalización: 25/03/21 ...El programa ha sido con asistencia a 6 sesiones de entrenamiento supervisado en nuestro centro de rehabilitación cardíaca. Además, ha asistido al programa formativo”*.

El paciente acude a consulta de Cardiología el 21 de mayo de 2021. Asintomático, excelente clase funcional tras la rehabilitación cardíaca. Expresa su deseo de retirarse el DAI.

En el informe de la consulta de Cardiología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de 18 de octubre de 2021 se recoge lo siguiente:

“Comentario: tanto en los ecocardiogramas transtorácicos como en el transesofágico previos a la cirugía, impresiona de membrana subaórtica que condiciona obstrucción severa en tracto de salida de V.I. con hipertrofia ligera concéntrica secundaria, algo más llamativa a nivel septal.

En el informe de la cirugía también se describe membrana subaórtica fibrótica e hipertrofia ligera. La anatomía patológica podría corresponder tanto con una hipertrofia secundaria a obstrucción severa como a una miocardiopatía hipertrófica.

Nuestra impresión diagnóstica es que se trata de un paciente con membrana subaórtica con obstrucción severa sintomática e hipertrofia secundaria a lo anterior, en lugar de una miocardiopatía hipertrófica de origen sarcomérico. El resultado de la cirugía ha sido excelente, con desaparición de la obstrucción y estando el paciente en clase funcional I de la NYHA.

Consideramos que el paciente puede realizar una vida normal, sin restricciones para la práctica deportiva o para la vida laboral. El paciente, en plenas facultades mentales, solicita desactivar las terapias D.A.I. El D.A.I. se implantó en base a un diagnóstico de MCH no confirmado en la actualidad y con antecedente familiar de muerte súbita como principal factor de riesgo, aunque con la evidencia actual el riesgo del paciente se considera bajo y es dudoso que podamos tener en cuenta la muerte súbita de la madre como factor de riesgo dado que no se realizó autopsia y no estaba previamente diagnosticada de MCH. Con el diagnóstico de membrana subaórtica no tendría en la actualidad criterio de implante de D.A.I. en prevención primaria.

Por todo esto se decide en sesión atender a la petición del paciente y desactivar las terapias del mismo”.

La incapacidad laboral permanente reconocida al paciente en resolución del I.N.S.S. de fecha 31 de marzo de 2016 tras implantación del DAI, quedó sin efecto mediante revisión de oficio de 11 de mayo de 2022.

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 incorporó al expediente la historia clínica y, en cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 79 y 81.1 de la LPAC, se aportó también el informe del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de Torrejón, de 1 de diciembre de 2022, que relata minuciosamente la asistencia sanitaria dispensada al paciente por el referido servicio y señala, entre otras conclusiones, que *“en el año 2017 se realiza un ecocardiograma transtorácico y transesofágico posteriormente que confirman la presencia de una membrana subaórtica que origina un gradiente fijo en el tracto de salida del ventrículo izquierdo. Cabe señalar que este diagnóstico no modifica el diagnóstico previo de miocardiopatía hipertrófica con mutación genética patogénica confirmatoria, sino que añade otra patología cardiaca al diagnóstico previo, pero sin que eso modifique la indicación previa de prevenir muerte súbita arrítmica”*.

Posteriormente, con fecha 5 de junio de 2024, se emite informe por parte de la Inspección Sanitaria que, tras examinar la historia clínica, los informes emitidos en el curso del procedimiento y efectuar las oportunas consideraciones médicas, considera ajustada a la *lex artis* la atención sanitaria dispensada al paciente por el Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de Torrejón.

Concluida la instrucción del procedimiento, y mediante sendos oficios de 23 de julio de 2024, se da traslado del expediente para alegaciones al reclamante y al centro sanitario concertado.

El reclamante, por medio de su representación legal, presenta un escrito el 8 de agosto de 2024 en el que, en síntesis, muestra su disconformidad con el criterio expuesto por la Inspección Sanitaria y refiere que el hecho de que la indicación del DAI se realizara en sesión clínica no justifica que sea correcta ni que cumpla con las recomendaciones de las sociedades médicas europeas y nacionales. Además, reitera que no se valoró de manera adecuada el fallecimiento de la madre del reclamante sin autopsia y sin diagnóstico de miocardiopatía y que la prueba evidente de la falta de indicación del DAI es el criterio del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, que consideró procedente su desactivación por *“falta de indicación del dispositivo”*, sin que el hecho de que se haya informado al paciente de su proceso clínico justifique tal falta de indicación.

Por último, el reclamante señala que se le ha sometido a cirugía de retirada del DAI en fecha 10 de junio de 2024, en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Finalmente, con fecha 2 de octubre de 2024, la viceconsejera de Sanidad y directora general del Servicio Madrileño de Salud, formula una propuesta de resolución que desestima la reclamación, al considerar que la asistencia sanitaria dispensada es conforme a la *lex artis* y el daño reclamado no resulta antijurídico.

CUARTO.- El 8 de octubre de 2024, tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid solicitud de dictamen en relación con la presente reclamación de responsabilidad patrimonial.

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente al letrado vocal D. Francisco Javier Izquierdo Fabre, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 30 de octubre 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.

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 es la persona que recibió la asistencia sanitaria reprochada.

La legitimación pasiva resulta indiscutible que corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que la asistencia sanitaria reprochada se prestó por el Hospital Universitario de Torrejón, en virtud del

concierto suscrito con la Comunidad de Madrid. En este punto cabe indicar que es imputable a la Administración sanitaria la responsabilidad por el funcionamiento de los servicios públicos en el seno de las prestaciones propias del Sistema Nacional de Salud, sea cual fuere la relación jurídica que la une al personal o establecimientos que directamente prestan esos servicios, sin perjuicio de la facultad de repetición que pudiera corresponder. En este sentido se ha manifestado esta Comisión Jurídica Asesora (dictámenes 112/16, de 19 de mayo; 193/17, de 18 de mayo y 107/18, de 8 de marzo, entre otros muchos) asumiendo la reiterada doctrina del Tribunal Superior de Justicia de Madrid expresada, entre otras, en las sentencias de 30 de enero (recurso 1324/2004, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 8^a) y de 6 de julio de 2010 (recurso 201/2006, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 9^a).

En esta misma línea se sitúa la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de las Islas Canarias (Santa Cruz de Tenerife) de 22 de mayo de 2019 (rec. 68/2019) que, tras destacar que la LPAC no recoge una previsión similar a la disposición adicional duodécima de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC), considera que, en los casos en los que la asistencia sanitaria a usuarios del Sistema Nacional de Salud es prestada por entidades concertadas con la Administración (como era el caso), se trata de sujetos privados con funciones administrativas integrados en los servicios públicos sanitarios, por lo que no es posible que se les demande ante la jurisdicción civil ya que actual en funciones de servicio público.

En lo relativo al requisito temporal, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo (artículo 67.1 de la LPAC).

En el presente caso, el hecho que motiva la reclamación es el conocimiento por parte del reclamante de la supuesta falta de indicación del dispositivo implantado, lo que se produce en la consulta de Cardiología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de 18 de octubre de 2021, de modo que la reclamación, presentada el 17 de octubre de 2022, ha sido formulada en plazo, con independencia de la fecha de curación o de determinación de las eventuales secuelas.

En cuanto al procedimiento, se ha recabado informe del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de Torrejón, implicado en el proceso asistencial del reclamante. También ha emitido informe la Inspección Sanitaria, posteriormente se ha dado traslado del expediente al reclamante y al centro concertado para alegaciones y se ha dictado la correspondiente propuesta de resolución.

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.- Como es sabido, la responsabilidad patrimonial de la Administración se rige por el artículo 106.2 de la Constitución Española, a cuyo tenor: *“Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”*. El desarrollo legal de este precepto se encuentra contenido actualmente en los artículos 32 y siguientes de la LRJSP, completado con lo dispuesto en materia de procedimiento en la ya citada LPAC.

La Sentencia del Tribunal Supremo de 25 de mayo de 2016 (recurso 2396/2014) recoge lo siguiente a propósito de las características del sistema de responsabilidad patrimonial:

“(...) el art. 139 de la LRJAP y PAC, establece, en sintonía con el art. 106.2 de la CE , un sistema de responsabilidad patrimonial : 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”.

Según abundante y reiterada jurisprudencia, 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.

La responsabilidad de la Administración es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión, siendo imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

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 18 de septiembre de 2017 (recurso 787/2015), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, *“en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria 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, que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, 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. Así pues, sólo en el caso de que se produzca una infracción de dicha lex artis respondería la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos por lo que deberían ser soportados por el perjudicado”*.

CUARTA.- El reclamante reprocha en su escrito que la decisión de implantar un desfibrilador automático subcutáneo, tomada en sesión clínica del Hospital Universitario de Torrejón, no estaba avalada por las recomendaciones generales emitidas y publicadas en los protocolos y las guías de práctica clínica de las distintas sociedades médicas europeas.

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 que *“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”*.

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

Es, por tanto, el reclamante quien han de probar mediante 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 Madrid (recurso: 462/2017) *“los informes periciales e informes técnicos incorporados a los autos y al expediente administrativo, pues se está ante una cuestión eminentemente técnica y en los cuales necesariamente debe apoyarse el tribunal a la hora de resolver las cuestiones planteadas”*.

Pues bien, en este caso el reclamante no ha incorporado al procedimiento ningún tipo de acreditación de que la atención que le fue dispensada fuera incorrecta o inadecuada, basando su reclamación, casi de modo exclusivo, en palabras de la Inspección Sanitaria, en *“un*

enfoque holístico que, en su esfuerzo integrador, valora los procesos asistenciales desarrollados en 2 hospitales desde una perspectiva diacrónica, como acumulación de hallazgos clínicos y mormofuncionales en el tiempo para, finalmente, situar ambos procesos en posiciones antagónicas”.

Ante esta falta de esfuerzo probatorio, el informe del servicio que intervino en la asistencia sanitaria prestada al paciente y, especialmente, el informe de la Inspección Sanitaria, señalan que los criterios diagnósticos y actuaciones terapéuticas de ambos centros, es decir, tanto del Hospital Universitario de Torrejón como del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, se corresponden con la progresión de la situación clínica del paciente, con los hallazgos de las pruebas diagnósticas y, en especial, con el nivel del conocimiento clínico y molecular disponible en el periodo concreto en que los equipos médicos alcanzaron sus respectivos consensos en sesiones clínicas.

En todo caso, procede tener presente que la valoración de la asistencia médica ha de atender a las circunstancias mediante un juicio *ex ante* y no *ex post*. 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 acaecido 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*”.

En este sentido, el Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de Torrejón relata en su informe que entre los antecedentes familiares del paciente, destacaba la muerte súbita de su madre a los 44 años de edad, estando previamente asintomática, y, además, había sido

diagnosticado, mediante ecocardiograma, de miocardiopatía hipertrófica (hipertrofia septal severa), de modo que “*al tratarse de una miocardiopatía de origen familiar (genético), se realiza estudio genético que confirma la existencia de una mutación genética patogénica, responsable de la miocardiopatía del paciente (se ha detectado una mutación patogénica conocida en el gen MYH (NM_000257) c.4377 G>T (p.Lys1459Asn). Esta mutación ha sido descrita como patogénica]. MYH7 relacionado con miocardiopatía hipertrófica se hereda de forma autosómica dominante. La mutación c.4377 G> T (p. Lys1459Asn) concuerda con el diagnóstico clínico). Además, se realiza consulta con Genética del hospital por parte del Dr.... como recoge en el informe en febrero de 2015 (comentamos mutación observada con Servicio de Genética. Nos informan como muy patogénica)*”.

En el mismo sentido, la Inspección Sanitaria, tras señalar que “*el estudio genético realizado en septiembre/2014 identificó al paciente como caso índice portador heterocigótico de mutación en el gen MYH7, codificante para una proteína sarcomérica del miocito cardíaco. La misma mutación fue identificada en hermano e hijo del paciente*” afirma posteriormente, en consonancia con lo indicado por el Servicio de Cardiología del centro sanitario, que “*la referida mutación apareció identificada como patogénica para miocardiopatía hipertrófica en el registro NM_000257.4(MYH7): c.4377G>T (p.Lys1459Asn) AND Hypertrophic Cardiomyopathy 1 (registrada el 06/12/2014 por: Laboratory of Genetics and Molecular Cardiology, University of São Paulo) de la base de datos ClinVar, de referencia internacional para mutaciones de relevancia clínica*”.

Sin embargo, la propia Inspección Sanitaria aclara que “*en la actualidad, ClinVar contiene en total 4 registros de esta mutación relacionados con miocardiopatía hipertrófica; en 3 de ellos se clasifica por los investigadores como interpretación conflictiva de patogenicidad, y en 1*

registro como probablemente benigna. El último registro aparece en Clinvar con fecha 01/05/2024”.

Es decir, en palabras de la propia Inspección Sanitaria, “*la reclamación emite un juicio ex post basado en evidencias moleculares posteriores que permitieron reclasificar la mutación, identificada en el paciente como patogénica en 2014, a mutación con significado patogénico incierto en 2019, obviando la relación cronológica entre las evidencias moleculares disponibles y las decisiones terapéuticas en los procesos asistenciales*”.

Es más, a modo ilustrativo, y en relación con la constante evolución en los parámetros genéticos que determinan las decisiones clínicas en la materia, la Inspección recoge en su informe que una revisión reciente del Journal of The American College of Cardiology expone, entre sus conclusiones que “*las familias que se someten a pruebas genéticas deben ser informadas sobre la posibilidad de identificación de variantes que, en el futuro, pueden permitir modificación del patrón de herencia y reasignación del significado patogénico de mutaciones identificadas previamente*”.

En este punto, también conviene recordar que a casos como el presente les resulta aplicable lo dispuesto en el artículo 34.1 de la LRJSP, cuando señala que no existe el deber de indemnizar los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquellos.

En todo caso, y respecto a los perjuicios que, en relación con la calidad de vida del paciente, se alegan en el escrito de reclamación, el Servicio de Cardiología refiere en su informe que “*con el diagnóstico de miocardiopatía hipertrófica, independientemente de la obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo, se recomienda en las guías de*

práctica clínica evitar el deporte de moderada-alta intensidad, así como evitar cargar pesos, como se le indicó al paciente en consulta. Esta recomendación se realiza en aquellos pacientes a los que se les implanta desfibrilador y a los que no se les implanta. Esta recomendación puede suponer un cambio en la capacidad de desarrollar distintos puestos laborales, ya que en algunas profesiones la actividad física es un requerimiento inherente al puesto”.

En definitiva, todo ello lleva a la Inspección Sanitaria a concluir que *“en la asistencia sanitaria dispensada a D... en el Hospital Universitario de Torrejón, entre 2014-2017, a cargo del Servicio de Cardiología, el equipo sanitario procedió con estrategia diagnóstica ajustada a las guías clínicas actualizadas. La estrategia terapéutica con implantación de un D.A.I. en prevención primaria, como resultado de la reflexión consensuada en sesión clínica del Servicio de Cardiología, estuvo basada en antecedente familiar de muerte súbita de probable etiología cardíaca no confirmada y mutación patogénica identificada en el paciente”.*

Conclusión a las 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 22 de junio de 2017 (recurso 1405/2012):

“...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 presentada, al no haberse acreditado la existencia de mala praxis en la atención dispensada al paciente en el Hospital Universitario de Torrejón.

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 30 de octubre de 2024

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 682/24

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid