

Dictamen n.º: **811/24**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **19.12.24**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 19 de diciembre 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., D. y Dña. (en adelante “*los reclamantes*”), por los daños y perjuicios que entienden sufridos, derivados del fallecimiento de su esposa y progenitora respectivamente, que atribuyen a una incorrecta asistencia sanitaria en el Hospital Infanta Leonor a raíz de la disección de aorta sufrida por su familiar.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Con fecha 24 de octubre de 2022, los reclamantes, asistidos de abogado, registran en una oficina de Correos, escrito de responsabilidad patrimonial, por ellos firmado, por los daños y perjuicios que entiende se le han generado como consecuencia de una incorrecta asistencia médica, prestada a su familiar en el Hospital Infanta Leonor (en adelante HIL).

Señala la reclamación que su familiar acudió el 1 de noviembre de 2021 al Servicio de Urgencias del HIL por presentar dolor torácico de

tipo opresivo que irradiaba a cuello, asociado a diaforesis y disnea que comenzó mientras realizaba la comida.

Según se indica, se le realizó hemograma donde destaca que la actividad de la protombina presenta un valor de 127.8 % (70.0-120.0) elevado para los valores de referencia. Los valores de la muestra venosa igualmente ponen de manifiesto la alteración del pH, pCO², pO². Igualmente se realiza electrocardiograma que se informa como normal y se realiza radiografía de tórax, cuyas imágenes, según se denuncia, no han sido aportadas a los reclamantes a fin de comprobar si existía ensanchamiento de la aorta, si consta anotada la elongación aortica.

Se le administra analgesia y es dada de alta a las 22:47 horas siendo el diagnostico "*dolor torácico de carácter atípico sin datos de alarma en el momento actual*".

En dicha asistencia genérica, se descarta un síndrome coronario agudo, sin embargo, denuncian, no se realizan las pruebas para el diagnóstico de la patología que presentaba, únicamente se indica que es "atípico" sin mayor explicación ni justificación de dicho diagnóstico.

Continúa señalando la reclamación que, a la mañana del día siguiente y debido al mal estado de la paciente acude a su médico de Atención Primaria (MAP) quien, revisando la radiografía de tórax realizada le vuelve a remitir al Servicio de Urgencias del HIL. Se le realiza nuevo hemograma presentando desviación a la izquierda de los leucocitos, así como un valor de dímero D de 1320.0 y un llamativo valor de la Proteína C reactiva de 56.2 mg/L, valores que no habían sido objetivados el día anterior. Con el posible diagnóstico diferencial de un tromboembolismo pulmonar se realiza TAC de arterias pulmonares con contraste, a cuyas imágenes, se vuelve a denunciar, tampoco han podido acceder y que descarta el tromboembolismo. Se realiza nuevo electrocardiograma que resulta, según se anota, normal.

Denuncian los reclamantes que, ante el dolor de tipo opresivo y lacerante que presentaba no se realiza un diagnóstico diferencial, habiendo descartado el síndrome coronario agudo y el tromboembolismo pulmonar, no se plantea, ni siquiera con los citados valores analíticos elevados o la prueba de imagen un posible aneurisma de aorta o disección aortica.

Se le pasa a sillones, se le administra antibioterapia y se indica que al día siguiente fuera vista por Cardiología. Allí sufre una parada cardiorrespiratoria administrándose adrenalina, atropina, así como bolo de alteplasa y trombolíticos lo cual incrementó el sangrado haciendo imposible la recuperación de la parada cardiorrespiratoria, falleciendo el día 3 de noviembre de 2021.

Con posterioridad fue realizada autopsia clínica siendo el diagnóstico de *“disección de aorta ascendente asociada a hemotorax izquierdo, hemopericardio, hematoma mediastínico y retroperitoneal”*.

Se interesa una indemnización por importe de 219.137,94 euros, correspondiendo 113.783,18 euros al cónyuge y 52.677,38 euros a cada uno de los hijos.

La reclamación viene acompañada de copia del documento nacional de identidad de los reclamantes, copia del libro de familia del que resultan los vínculos de parentesco alegados en la reclamación interpuesta, diversa documentación médica acreditativa del proceso asistencial expuesto, certificado médico de defunción de la paciente e informe anatomopatológico.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación, el órgano instructor solicitó la historia clínica, pudiéndose extraer los siguientes hechos de interés:

La paciente de 59 años de edad a la fecha de los hechos objeto de reclamación, carecía de antecedentes médicos relevantes a efectos de la reclamación interpuesta.

El 1 de noviembre de 2021, acude al Servicio de Urgencias del HIL. Se recoge al respecto *“acude por dolor centro torácico de tipo opresivo irradiado a cuello, que aumenta con la inspiración profunda y que no se modifica con el movimiento, asociado a diaforesis y disnea de unos 20 minutos de duración que ha comenzado mientras estaba haciendo la comida. Posteriormente presenta temblor generalizado, y sensación de palpitaciones, sin otros síntomas. No clínica a otros niveles. Apirética. Es la primera vez que le ocurre”*.

En la exploración física se advierte, *“TA 140/70 mmHG, FC 86 lpm, 98%, TO 36.°C.*

BEG, normocoloreada, normohidratada. AC. rítmica sin soplos.

AP MVC.

Abdom. RHA+, blando, derpesible, no doloroso a la palpación profunda. Sin signos de IP: Blumberg y Murphy negativos.

EEWII; pulsos pedios presentes, no signos de isquemia, ni de TVP. no edemas”.

Consta comentario de Enfermería de Urgencias a las 14:35 horas, dando cuenta que se administra el tratamiento pautado y que se realiza electrocardiograma.

En relación a este electrocardiograma se informa *“ECG: FC 85 lpm, eje normal, PR normal, QRS estrecho, sin alteración en la repolarización”*.

Consta igualmente la realización de una radiografía de tórax, con el siguiente informe *“Rx de tórax: Se compara con RX previa del 2013.*

No se observan claras imágenes de infiltrados ni consolidaciones en parénquima pulmonar.

Pinzamiento del seno costofrénico izquierdo de probable origen crónico, si bien no disponemos de placas previas recientes (previa del 2013) Atelectasias subsegmentarias en ambos lóbulos inferiores.

Elongación aórtica.

Índice cardiotorácico dentro de límites normales. Estructuras óseas con cambios degenerativos”.

En nota de Urgencias, de las 20:57 horas, se recoge “JC Dolor torácico de carácter atípico sin datos de alarma en el momento actual”. En igual nota de las 21:58 horas, se hace constar “la paciente refiere nuevo dolor tras la ingesta de agua. Lo refiere como un dolor retroesternal intenso de epigastrio hasta faringe. Administramos Tramadol iv con lo que cede el dolor. Impresiona de posible espasmo esofágico”.

Ante la mejoría clínica y ausencia de patología clínica urgente se decide alta y control por su MAP.

El 2 de noviembre de 2021, vuelve a acudir a Urgencias del HIL por la tarde.

Se hace constar al respecto de dicha visita “paciente mujer de 59 años que acude, remitida por su MAP tras revisar rx de torax realizada ayer en urgencias donde se objetiva pinzamiento de SCF izq, no presente en Rx previa de 2013 no existiendo previas para comparar para descartar TEP. La paciente acudió ayer por episodio único autolimitado de dolor torácico de tipo opresivo con sensación de irradiación hacia el cuello de horas de evolución sin cortejo asociado, sin nauseas sin mareo, sudor frio esta mañana asociando Tª 37,7 y posteriormente cuando se

ha tomado un paracetamol no disfagia, no atragantamientos, no RGE, no regurgitación, no disnea, no palpitaciones, no dolor pleurítico, no otalgia no odinofagia, no diarrea, no clínica miccional, no otra clínica. Ayer fue catalogado como dolor torácico atípico sin datos de alarma no fuma no toma de medicación”.

En cuanto a la exploración física que le es practicada, se recoge “FC 100 lpm satO2 94% Tª 37,5°C

AC rítmico taquicárdico sin soplos

AP MVC sin ruidos añadidos EE no edemas no datos de TVP”.

Se realiza electrocardiograma.

Consta hemograma, en el que resaltan “hemograma - Sangre Total (), Hemograma. Serie Blanca (), Leucocitos 12.96 10E3/mcL (3.9 - 10.2), Neutrófilos 9.6 10E3/mcL (1.5 - 7.7)”.

En estudio de coagulación se advierte “dímero D (turbidimétrico) 1320.0 Aug/L (0.0 -500.0),”. De igual modo figura “proteína c reactiva 56.2 mg/L (0.0 - 5.0)”.

Se pide TC de arterias pulmonares que se realiza en la madrugada, 01:16 horas, del 3 de noviembre de 2021, respecto del que consta “se realiza adquisición de imágenes desde el opérculo torácico hasta los senos costofrénicos posteriores tras la administración de contraste intravenoso. No se dispone estudios previos para comparar.

No se identifican defectos de repleción en las arterias pulmonares principales, lobares, segmentarias ni subsegmentarias. Se objetiva cardiomegalia expensas de cavidades derechas predominantemente aurícula ipsilateral, sin clara rectificación del tabique interventricular. No se objetiva reflujo de contraste sistema venoso.

Aorta y tronco de la arteria pulmonar de calibre normal. Vena ácigos izquierda como variante anatómica de la normalidad.

No se identifican adenopatías mediastínicas, hiliares, subcarinales, ni axilares de tamaño significativo.

Mínima cuantía de derrame pericárdico.

Parénquima pulmonar con múltiples atelectasias laminares en llingula, LID, llingula y LII, Presencia de fenómenos hipoventilatorios en regiones declives. No se objetivan áreas de consolidación ni nódulos pulmonares sospechosos.

Engrosamientos pleuroparenquimatosos apicales bilaterales de aspecto residual.

No se objetiva derrame pleural.

En pared torácica se objetiva lesión nodular de bordes bien definidos en el cuadrante inferior externo de la mama izquierda, ya documentada en mamografía del 26/07/1019.

Estructuras óseas con cambios incipientes degenerativos del esqueleto axial.

Abdomen superior incluido en la imagen de hernia de hiato por deslizamiento.

CONCLUSIÓN:

Estudio negativo para TEP.

Hipertrofia de cavidades cardíacas derechas, asociado a mínima cuantía de derrame pleural”.

En comentario de Enfermería de Urgencias de las 01:27 horas, se refleja “Se realizan:

- ECG normal con tira de ritmo
- ECG con derivaciones drcha.
- ECG con derivaciones posteriores drchas
- ECG con derivaciones posteriores izq.

ALÉRGICA A FENILEFRINA

Se toman nuevas ctes.

Se decide pasar a observación de agudos nº 13 para monitorización. Se administra ceftriaxona 2 gr i.v. por sospecha de infección respiratoria.

Reposo relativo. MD. Continente.

Pte de analítica de sangre de seriación y control a las 7 horas. Pte de ITC con CARD mañana”.

En nota de Urgencias del referido 3 de noviembre de 2021, 01:50 horas, se recoge que se repite electrocardiograma, respecto del que consta “sin alteraciones de la repolarización, con derivaciones posteriores y derechas sin alteraciones, ni datos que sugieran isquemia aguda. Sinusal a 97 lpm”.

Se recoge igualmente en dicha nota “juicio clínico: Dolor torácico prolongado con MDM negativos, en paciente con febrícula y leve derrame pleural.

Probable infección respiratoria. Antigenuria negativa. Pendiente de hernocultivos

Hipertrofia de cavidades derechas (hallazgo en angio-TAC) sin TEP

Plan:

Pasa a sillones

Dejo nueva seriación, y mañana ITC a Cardiología. Informado de plan paciente y familia”.

Se recoge igualmente que, en el cambio de silla a cama, la paciente refiere encontrarse mareada con posterior parada cardiorrespiratoria en segundos.

Al respecto de dicha situación, consta reanimación cardiopulmonar durante 55 minutos, con administración de 15 ampollas de adrenalina más 2 de atropina y bolo de alteplasa, sin recuperación de circulación espontánea eficaz en ningún momento por lo que se decide suspender las maniobras de reanimación ante la ausencia de respuesta. Consta *exitus* a las 03:55 horas.

TERCERO.- Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del procedimiento de responsabilidad patrimonial de acuerdo con la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

Por escrito de 28 de octubre de 2022, la aseguradora del SERMAS acusa recibo de la comunicación de la interposición de la presente reclamación.

Con fecha 7 de noviembre de 2022, se notifica a la abogada actuante, escrito de la instrucción dando cuenta de la admisión a trámite de la reclamación, de la normativa de aplicación, del plazo de resolución y de los efectos del silencio administrativo para el caso de inexistencia de resolución expresa.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 81.1 de la LPAC, figuran en el expediente, los correspondientes informes de los servicios médicos del HIL que prestaron la asistencia médica objeto de reproche.

Figura a estos efectos, informe de 25 de noviembre de 2022, del coordinador de Urgencias del HIL, en el que al respecto de la reclamación interpuesta, se señala *“el Síndrome aórtico agudo es una entidad muy poco frecuente estimándose 30 casos /1.000.000 fundamentalmente en varones con una edad en torno a los 60 años y como principal factor de riesgo la Hipertensión Arterial.*

En relación a la Reclamación interpuesta señalar que en todo momento se realizaron las pruebas complementarias indicadas para descartar un síndrome coronario agudo, tromboembolismo pulmonar y las pruebas radiológicas realizadas (tanto Rx de Tórax como TAC Torácico) no señalan la aorta como origen del dolor ni datos de síndrome aórtico agudo.

Además de señalar lo anterior la paciente no presenta ningún factor de riesgo para presentar síndrome aórtico agudo, ni presentaba clínica cardinal típica (lancinante. intenso, desgarrante) y se acompañaba de pruebas de imagen sin datos de disección aórtica. Además, la paciente no presentaba otra forma clínica de presentación atípica como síncope o alteraciones neurológicas.

En todo momento se mantuvo estable hemodinamicamente y se decidió observación en Agudos para valorar evolución de la clínica o empeoramiento”.

Solicitado el oportuno informe a la Inspección Médica, esta con carácter previo a su emisión, solicita *“un segundo informe especializado e imparcial sobre las dos exploraciones de diagnóstico por la imagen realizadas a la paciente, por si se pudiera deducir de ellas que la*

paciente era portadora de una dilatación de aorta (aneurisma) ascendente”.

Por escrito de la instrucción de 28 de septiembre de 2023, se solicita la emisión de dicho informe a la Unidad Central de Radiodiagnóstico.

Informe requerido que se emite el 18 de octubre de 2023. Se recoge en el mismo en relación a las pruebas objeto de valoración “RX DE TÓRAX 01/11/2023.

Campos pulmonares sin signos de consolidación. Atelectasias laminares en ambas bases pulmonares. Pinzamiento del seno costofrénico lateral izquierdo. Dilatación y elongación aórtica.

RX DE TÓRAX 02/11/2023.

Campos pulmonares sin signos de consolidación. Atelectasias laminares en ambas bases pulmonares. Pinzamiento del seno costofrénico lateral izquierdo. Dilatación aórtica/ensanchamiento mediastínico superior, mayor a la RX previa.

TC DE ARTERIAS PULMONARES 03/11/2021

Arterias pulmonares adecuadamente repleccionadas, sin signos de TEP.

Pequeño derrame pericárdico y colección/hematoma en el mediastino superior en torno a la raíz aórtica dilatada, con un área de aumento de densidad mal delimitado compatible con contenido hemático y posible extravasación de contraste. Aorta descendente de calibre normal.

Campos pulmonares sin evidencia de consolidación ni nódulos de significado patológico.

Atelectasias laminares en ambas bases pulmonares.

Mínimo engrosamiento pleural posterobasal y apical bilateral de probable carácter cicatricial.

No se identifican lesiones óseas. Probables angiomas en los cuerpos vertebrales D1 y D3.

Nódulo mamario izquierdo, mejor valorado en los estudios de mamografía y ecografía dirigida”.

Fechado el 14 de noviembre de 2023, figura informe de la Inspección Médica en el que se entiende que la asistencia prestada a la paciente fue conforme a la *lex artis*.

El 10 de septiembre de 2024, se notifica a la abogada actuante, el preceptivo trámite de audiencia. Por los reclamantes se formulan alegaciones, el día 17 de igual mes, en las que denuncian que no les han sido aportados los electrocardiogramas realizados, a efectos de poder apreciar la presencia o no de elevación del segmento ST, por lo que interesan su aportación. Se entiende igualmente que por el Servicio de Radiología se informaron incorrectamente las pruebas realizadas no apreciando la disección aortica.

Al respecto de la queja expuesta por los reclamantes, consta en el expediente, escrito de 1 de octubre de 2024, de la Asesoría Jurídica del HIL, en el que se hace constar que, “*tras varios días de infructuosa búsqueda, las empleadas de la sociedad concesionaria responsables del archivo, me informan que no encuentran el electrocardiograma solicitado.*

Consultado tanto el Servicio de Anestesia, por práctica del protocolo quirúrgico, como el Servicio de Urgencias, responsable de la atención a la

paciente, me informan que, en la fecha que tuvieron lugar los hechos reclamados, 1 de noviembre de 2021, no estaba operativa la aplicación informática actual, que permite incluir directamente el resultado del electro en la HC.

En aquél momento, era práctica habitual y generalizada de los servicios afectados por pruebas de este tipo, que, si no había señales de alarma en el electro, se entregase éste a los pacientes en el momento del alta.

En el caso que nos ocupa, queda reflejado en la HC que el electro no muestra señales de alarma de ningún tipo, por lo que entendemos que, como queda reflejado con anterioridad, el documento físico del electrocardiograma, fue entregado a la paciente.

Sin entrar a valorar la consideración que la representación letrada de la paciente pueda tener de la validez de tal prueba, y sin entrar en valoración alguna del criterio de los facultativos, y conforme a la información ahora recabada, son éstos los que dejan reflejado en la HC de la paciente, que ya les fue facilitada en su día, que el electro no mostraba signo alguno de alarma, ni era conclusivo de modificación alguna del diagnóstico recogido en el informe de alta”.

A la vista de lo informado, se vuelve a conceder a los reclamantes un segundo trámite de audiencia, notificado el 9 de octubre de 2024, presentándose alegaciones el día 30 de igual mes, en las que se viene a censurar la falta de aportación de los electrocardiogramas referidos.

Por la Viceconsejera de Sanidad se formula el 13 de noviembre de 2024, la oportuna propuesta de resolución en la que se interesa desestimar la reclamación interpuesta.

CUARTO.- El 21 de noviembre de 2024 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial. Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente 783/24 al letrado vocal D. Javier Espinal Manzanares que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en sesión del día citado en el encabezamiento.

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.

En cuanto a la legitimación, los reclamantes ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la LRJSP, al ser el cónyuge e hijos de la paciente cuyo fallecimiento les genera un indudable daño moral legitimador de la reclamación interpuesta.

Se cumple la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, por cuanto el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado en el Hospital Infanta Leonor, centro integrado en la red pública sanitaria de la Comunidad de Madrid.

En lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 LPAC, el derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo, precisando que, en caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas. En el presente caso, la reclamación se formula con fecha 24 de octubre de 2022, constando que el fallecimiento del familiar de los reclamantes se produce el 3 de noviembre de 2021, por lo que atendiendo a estas fechas debe entenderse que la reclamación se ha interpuesto dentro del plazo fijado al efecto.

Por lo que se refiere 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 el servicio médico del HIL que intervino en la asistencia prestada al reclamante. De igual modo consta incorporada la historia clínica de la asistencia prestada al paciente en el mencionado hospital, se ha emitido informe por la Inspección Sanitaria con el resultado expuesto

en los antecedentes de este dictamen. Tras ello, se confirió trámite de audiencia al reclamante que hizo uso del trámite concedido en los términos expuestos.

Finalmente se redactó la propuesta de resolución en sentido desestimatorio de la reclamación de responsabilidad patrimonial 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, 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 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 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.- En este caso, como hemos visto en los antecedentes, los reclamantes entienden que se ha producido una incorrecta asistencia médica, en la detección de la disección de aorta padecida por su familiar.

En este caso, de acuerdo con las alegaciones efectuadas en la reclamación, lo relevante a la hora de enjuiciar la responsabilidad patrimonial es si efectivamente se incurrió en la mala praxis denunciada, pues como hemos señalado reiteradamente en nuestros dictámenes, en la medicina curativa nos encontramos ante obligaciones de medios y no de resultado, de tal forma que se cumple la *lex artis* cuando se utilizan todos los medios (de diagnóstico, de tratamiento, etc.) de los que se dispone. También hemos dicho con frecuencia que 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 el paciente y a las probabilidades, en función de los mismos, de que padezca una determinada patología. En este sentido, con cita de la jurisprudencia, hemos recordado que lo que procede es un empleo de medios ordinarios y diligencia para cerciorarse de los diagnósticos que se sospechen, sin que se pueda cuestionar el diagnóstico inicial por la evolución posterior de los acontecimientos.

Centrado así el objeto de la reclamación, la regla general 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 el presente caso a efectos de la apuntada acreditación es de considerar que se denuncia por los reclamantes que no figuran en la historia clínica los electrocardiogramas que se le realizaron a su familiar, siendo así que en el mencionado informe de la Asesoría Jurídica del HIL se hace constar que no se han encontrado los mismos.

Lo expuesto nos lleva a considerar la posición de los Tribunales de Justicia ante los supuestos de pérdida de la historia clínica o de pérdida parcial por la no incorporación de determinadas pruebas o registros.

Así la Sentencia de 23 de enero de 2020, de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco, señala al respecto *«sobre la falta de documentos esenciales en este tipo de procesos se ha pronunciado el Tribunal Supremo. Así, la sentencia de la Sección 4ª de su Sala Tercera de seis de mayo de 2015 (recurso de casación 2.099/2013) indicó que “esta sala ha tenido ocasión de pronunciarse en varias ocasiones sobre la incidencia, en supuestos como el analizado, de la ausencia por pérdida o extravío de gráficas o registros esenciales para determinar la forma concreta en que se desarrolla la actuación médica. Se ha señalado al respecto que la imposibilidad de incorporar al proceso tan importante elemento de prueba «no puede beneficiar al causante de la misma» (sentencia del Tribunal Supremo, Sección 6ª, de dos de noviembre de 2007, recurso de casación núm. 9.039/2003), de forma que una vez constatado el daño*

por los interesados “resulta a cargo de la administración la prueba de que ajustó su actuación a las exigencias de la lex artis, pues es ella, y no los actores, la que tiene la disponibilidad y facilidad de probar que la asistencia prestada fue correcta y la que tenía el deber de custodia de aquellos registros y documentación que se echan en falta y que hubieran permitido una mayor luz sobre lo realmente acaecido (...)” (sentencia de esta sección de veintitrés de diciembre de 2009, dictada en el recurso de casación núm. 1.364/2008). De tal modo que la ausencia de algún documento esencial no supone, per se, una infracción de la lex artis. En todo caso, la jurisprudencia ha admitido que, en estos casos, se produzca una inversión de la carga probatoria».

Cabría igualmente traer a colación, la Sentencia de 22 de enero de 2016, de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, al señalar que *“a juicio de este Tribunal, la pérdida de documentos esenciales en la historia clínica debe suponer una inversión de la carga de la prueba, a modo de una lectura finalista del art. 217 LEC que impone al tribunal tener siempre presente la “disponibilidad y facilidad probatoria que corresponde a cada una de las partes del litigio” cuando procede a valorar la carga de la prueba. Se llega a esta conclusión porque la única garantía de defensa de que dispone todo paciente es la historia clínica, su indemnidad y su inalterabilidad, legalmente proclamadas”.*

Conforme a lo expuesto, la cuestión a dilucidar es si los documentos omitidos, en este caso los electrocardiogramas realizados a la paciente, tienen la consideración de documentos esenciales y como tal su omisión en la historia clínica comporta en el caso que nos ocupa una inversión de la carga de la prueba.

Al respecto, cabe considerar atendiendo al expediente tramitado que los electrocardiogramas de referencia no tienen a juicio de esta Comisión Jurídica Asesora la condición de documentos esenciales cuya

omisión impida el correcto enjuiciamiento de la asistencia prestada. Llegamos a esta conclusión atendiendo a lo actuando por la Inspección Médica previamente a la emisión de su informe. Como ha quedado expuesto, con carácter previo a pronunciarse sobre la actuación médica reprochada, la Inspección identifica, al solicitar un segundo informe especializado e imparcial sobre las dos exploraciones de diagnóstico por imagen realizadas a la paciente, las pruebas diagnósticas que entiende relevantes a efectos de dicho enjuiciamiento, pruebas que serían la radiografías de tórax anteroposterior y lateral realizadas los días 1 y de noviembre de 2021 y el TAC de arterias pulmonares realizado el día 3 de noviembre. Estas son por tanto las pruebas diagnósticas que permiten ser identificadas como esenciales, siendo así que por dicho carácter y a efectos de apreciar su correcta valoración por los servicios médicos del HIL es por lo que se interesa un segundo informe que viniera a acreditar que dicha inicial valoración fue acertada y ajustada a la *lex artis*.

Descartado por tanto que opere la inversión probatoria apuntada, entendemos que los reclamantes no han aportado prueba alguna que venga a acreditar que la asistencia prestada fuera incorrecta en los términos que son objeto de reproche, mientras que, por el contrario, los informes médicos que obran en el expediente contrastados con la historia clínica examinada descartan la mala praxis denunciada.

Particularmente, la Inspección Sanitaria, tras analizar el proceso asistencial que consta en las actuaciones, ha considerado que la actuación asistencial prestada fue conforme a la *lex artis*. 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”.

Así frente a la queja de los reclamantes de que no se realizaron pruebas para el diagnóstico de la patología sufrida, señala el informe de la Inspección que *“sí que se realizan todas las pruebas necesarias para descartar la patología más frecuente en una paciente de su edad y condición que no tenía ningún antecedente personal de enfermedad previa relacionada y cuyos síntomas eran todos indiciarios de una posible patología cardíaca aguda. El 50% de los casos de pacientes que presentan dolor torácico en el Servicio de Urgencias se orientan hacia isquemia miocárdica y en el 20-25% se confirma su diagnóstico.*

Ninguna de las pruebas realizadas fue concluyente para indicar la existencia de SAA.

Destacar que a la paciente se le emite informe de alta porque tras el tratamiento analgésico pautado, le desaparece el motivo de la asistencia, el dolor, y manifiesta que se encuentra mejor”.

Continúa señalando la Inspección que *“al día siguiente 2/11/2021, la paciente presenta dolor y mal estado y acude a su médico de atención primaria quien la remite de nuevo a urgencias, tras revisar la radiografía de tórax con el objeto de descartar TEP.*

Señalar que la paciente acude a Urgencias a las 19:31h. Que los resultados analíticos fueron anotados a las 20:10 y el informe del TAC fue recibido a las 1:16 minutos del día 3 de noviembre. Dicho TAC, no informa de aneurisma aórtico.

A la paciente se le realizaron de forma escalonada las pruebas pertinentes para establecer un diagnóstico diferencial”.

Por otro lado, descarta la Inspección que la medicación suministrada a la paciente con ocasión de la parada sufrida aumentara el sangrado, señalando al respecto que *“a los 44 minutos de haber anotado que la paciente refiere que está algo mejor se produce la parada cardiorrespiratoria y entre las 2:34 y 2:50 queda anotado que la parada no es desfibrilable. Por eso se comienza con otras maniobras y técnicas incluido RCP avanzada con el objetivo de recuperar la contracción cardiaca. La afirmación de que la medicación administrada incrementó el sangrado es una suposición sin ninguna evidencia”.*

Entiende en definitiva el inspector actuante que *“el profesional que atendió a la paciente con los datos clínicos aportados no pudo descartar patología aórtica aguda, porque los informes de las imágenes de RX y TC, no evidenciaban de forma concluyente la existencia de un aneurisma aórtico.*

La paciente no presentaba antecedentes patológicos indiciarios de SAA”.

Cabe finalmente reseñar que la reclamación incurre en lo que se ha denominado como prohibición de regreso, respecto de la que la Sentencia de 28 de septiembre de 2023 de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, Sección Décima, señala que *«es necesario recordar, como hace la STS, sec. 5ª, de 11 de Julio de 2017 (rec. 1406/2015) que las condiciones del diagnóstico han de ser valoradas conforme a las circunstancias del momento en que se había de hacer ese diagnóstico y no conforme a la información que en el momento de la sentencia y tras el curso causal, generalmente fatídico o perjudicial se ha desarrollado, pues ello sería crear o valorar condiciones y circunstancias inexistentes o una realidad que nos sería tal.*

Así dice la mencionada sentencia que “(...) la doctrina jurisprudencial de la ‘prohibición de regreso’ (SSTS, Sala 1ª, de 14 y 15/febrero/2006, 7/mayo y 19/octubre/2007, 29/enero, 3/marzo o 10/diciembre/2010, 20/mayo y 1/junio/2011, por todas), que impide sostener la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o retraso diagnóstico o la inadecuación del tratamiento, sólo mediante una regresión a partir del desgraciado curso posterior seguido por el paciente, ya que dicha valoración ha de efectuarse según las circunstancias concurrentes en el momento en que tuvieron lugar; en definitiva, es la situación de diagnóstico actual la que determina la decisión médica adoptada valorando si conforme a los síntomas del paciente se han puesto a su disposición las exploraciones diagnósticas indicadas y acordes a esos síntomas, no siendo válido, pues, que a partir del diagnóstico final se considere las que pudieron haberse puesto si en aquel momento esos síntomas no se daban”».

Así las cosas, es de concluir que la asistencia prestada a la paciente fue acorde a la *lex artis ad hoc*, no obstante, no poder haber evitado su lamentable fallecimiento.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la presente reclamación al no haberse acreditado 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 19 de diciembre de 2024

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 811/24

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid