

Dictamen n.º: **136/24**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **14.03.24**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 14 de marzo de 2024, aprobado por unanimidad, 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. (en adelante, “*el reclamante*”), por los daños y perjuicios que atribuye al retraso de diagnóstico de una trombosis venosa profunda en el Hospital Universitario de Getafe.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por escrito presentado en el Servicio de Atención al Paciente el 17 de diciembre de 2021, la persona mencionada en el encabezamiento formula reclamación de responsabilidad patrimonial en la que expone que, fue asistido en Urgencias del Hospital Universitario de Getafe (HUG), el 28 de noviembre de 2021, por la tarde, por fuertes dolores en la pierna derecha, la cual tenía muy hinchada.

Continúa refiriendo que manifestó al doctor que le atendió, su gran preocupación debido a sus antecedentes familiares (su padre sufre problemas de circulación, le tuvieron que amputar una pierna y

padece la enfermedad de Buerger), y que pidió que le realizaran una ecografía, el doctor se limitó a explorarle la pierna y le diagnosticó un posible desgarro fibrilar.

Añade que, con posterioridad y ante el dolor que tenía, fue el 11 de diciembre a Urgencias al Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, donde tras una ecografía, se le diagnosticó trombosis venosa profunda quedando ingresado hasta el día 16 de ese mes.

El reclamante se queja en concreto de la asistencia recibida por el doctor (...) y sostiene que, ha habido un “*mal diagnóstico que ha puesto en peligro mi salud*” y solicita una indemnización por los daños y perjuicios que se le han irrogado, en cuantía que no concreta; y que se mejore la atención en Urgencias del hospital.

El escrito de reclamación no se acompaña de documentación.

Fue requerido por el instructor del expediente para que concretara la cuantía de la indemnización, y siendo notificado, el reclamante no atendió dicho requerimiento.

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

1.- El reclamante, de 33 años de edad en la fecha de los hechos, acudió el 28 de noviembre de 2021 a las 18.36 horas, al Servicio de Urgencias del HUG (folios 76 y ss del expediente), por dolor en la pierna derecha. El paciente no presenta antecedentes de interés. Acude por un cuadro de cuatro días de dolor en la región posterior de pierna derecha, que asocia aumento de volumen. No refiere traumatismos ni caídas.

En la exploración física: 36°C, consciente y orientado. Miembros inferiores: “*no edemas, Hommans negativo bilateral. Aumento de*

volumen de pierna derecha, no calor, ni eritema local, no puntos de inoculación. Pulsos pedios positivos simétricos”.

El diagnóstico impresiona patología muscular, posible desgarro fibrilar. Se recomienda vendaje compresivo, antiinflamatorios no esteroideos y reposo relativo; se le da de alta a las 19.31 horas, pautando medicación, frío local y vendaje compresivo. Se le explican los signos de alarma de forma verbal y control por médico de Atención Primaria (MAP).

2.- El paciente acude el 11 de diciembre de 2021 al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Puerta de Hierro (folios 8 y ss), manifestando que *“el 24 de noviembre inició clínica de dolor en el gemelo derecho con enrojecimiento cutáneo en la zona. El 28-Nov acudió a Urgencias al HUG siendo diagnosticado de desgarro fibrilar (no se realizaron PPCC) y fue dado de alta”.*

En el evolutivo, figura que acude al hospital derivado por su Mutua Fremap por sospecha de trombosis venosa profunda (TVP). Refiere que *“el cuadro se inició con dolor en el gemelo derecho, pero ha ido ascendiendo hasta presentar fuerte dolor inguinal derecho”*, sin eritema ni aumento de la temperatura local. Es transportista y pasa mucho tiempo conduciendo, pero en cada parada baja del coche a dejar el material. Niega dolor torácico o palpitations. La exploración física objetiva edema, eritema y aumento de temperatura local del gemelo derecho. Signo de Homans positivo. Dolor a la palpación inguinal en el lado derecho. El diagnóstico es posible TVP en miembro inferior derecho.

En la madrugada, ya del día 12, se le realiza un ecodoppler venoso: hallazgos sugestivos de trombosis venosa profunda aguda. Cayado de la safena permeable. Vena tibial anterior y posterior permeables. Vena cava e ilíaca externa derecha permeables. El

diagnóstico se confirma: TVP en miembro inferior derecho, se le administra Enantyum y se cursa hospitalización.

El paciente queda ingresado el 12 de diciembre a las 13.57 horas a cargo del Servicio de Medicina Interna. PCR por Covid-19, negativo. Figuran como antecedentes personales: fumador de 1 paquete/día desde los 16 años. Consumo diario/semanal de marihuana. Antecedentes familiares: padre con enfermedad de Buerger.

La exploración física: 37.7°C, se palpa adenopatía inguinal derecha de 1 cm, aumento de perímetro de la pantorrilla derecha respecto de la izquierda. No se aprecia edema. Analítica de sangre y de orina, que evidencia bajos niveles de hierro y ácido fólico. Juicio clínico: trombosis de vena femoral común hasta vena poplítea, afectándose también troncos tibioperoneos y las ramas mediales del gemelo derecho.

Se inicia anticoagulación con heparina de bajo peso molecular durante 4 días y posteriormente, tras mejoría, anticoagulación oral.

El día 16 se le realiza una ecografía de abdomen (...) exploración abdominal sin alteraciones significativas. Hernia umbilical de contenido graso. La evolución del paciente es favorable y se le da de alta el mismo 16 de diciembre con la recomendación de evitar sedentarismo. Se pauta medicación y control por MAP.

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).

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica del interesado en el HUG y en el Hospital Universitario Puerta de Hierro,

Majadahonda, si bien la actuación de este centro hospitalario no es objeto de reproche.

Se ha emitido informe por el coordinador del Servicio de Urgencias del hospital implicado, en el que refiere conforme a la historia clínica, la asistencia al reclamante cuando acudió a Urgencias, y la compara con la asistencia posterior en el otro hospital a través del visor Horus. Señala que en la exploración en Urgencias el paciente presentaba un aumento del volumen de la pierna derecha no asociado a edema, lesiones cutáneas o eritema o aumento de temperatura, por lo que se concluyó un posible desgarro fibrilar, dado que el paciente acude de forma habitual al gimnasio, dato que figura en el informe del ingreso. Insiste en que el paciente solo presentaba dolor en la zona, a diferencia de la segunda visita, 13 días después, en que sí presentaba síntomas de los habituales de la TVP. Detalla cuales son los factores de riesgo de la TVP, indicando que el paciente no tenía ninguno de ellos y refiere que, en la escala de Wells, tendría 0 puntos.

Posteriormente, el 8 de junio de 2023, emitió informe la Inspección Sanitaria, que tras analizar la historia clínica y el informe médico emitido, así como realizar las consideraciones médicas oportunas sobre la TVP, su diagnóstico y la escala de Wells, manifiesta que:

“Llama la atención la ausencia de anamnesis dirigida orientada hacia el esclarecimiento de las circunstancias en las que se originó el dolor, el tipo de actividad laboral del paciente, la posible asociación cronológica con ésta y la práctica de actividad deportiva.

Con los datos del interrogatorio sin referencia a un traumatismo en la zona, y una exploración física con hallazgos de dolor y aumento de volumen no asociados a edema, lesiones ni alteraciones físicas locales en la pierna derecha, el problema parecía ser una patología

muscular, posible desgarro fibrilar. Con los datos recogidos en el informe, esta impresión diagnóstica no se aprecia justificada”.

El inspector señala que el informe de Urgencias fue exiguo al no reflejar ningún elemento útil para el diagnóstico diferencial de un dolor no traumático, y que tampoco se evaluó la Escala de Wells.

Que la anamnesis y la exploración realizadas en el segundo hospital sí fueron detalladas y aparece documentado el agravamiento sintomático, la derivación desde la Mutua FREMAP y los signos descritos en la exploración física justificaron la ecografía doppler.

Concluye que *“con la información recogida en el informe de la primera visita a Urgencias, no se aprecia justificada la impresión diagnóstica formulada por el médico responsable, lo que, sin embargo, no generó retraso injustificado en el diagnóstico definitivo con consecuencias desfavorables en la evolución clínica del paciente”.*

Después, se emitió un informe médico pericial por la aseguradora del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), el 26 de junio de 2023, en el que concluye la actuación acorde a la *lex artis* por parte del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Getafe.

Que, en la primera visita, el paciente no presenta clínica ni exploración compatible con TVP; que se debe priorizar la *“medicina basada en la evidencia”* y que, al alta, se le dieron las pautas necesarias para que valorase su evolución y en función de la misma y la aparición de signos de alarma, consultase a su MAP o volviese a Urgencias.

En la segunda visita, el paciente presenta clínica de aumento de diámetro de la pantorrilla derecha, molestias en dicha pierna y se evidencia Homans positivo, por lo que era adecuado el doppler.

Tras la incorporación al procedimiento de los informes evacuados, se confirió el oportuno trámite de audiencia al reclamante, notificado el 16 de noviembre de 2023, sin que efectuara alegaciones.

Sin más trámites, el 1 de febrero de 2024, se formula propuesta de resolución en la que se acordó desestimar la reclamación formulada porque no concurren los presupuestos necesarios para la declaración de responsabilidad patrimonial.

CUARTO.- El día 8 de febrero de 2024, tuvo entrada en esta Comisión Jurídica Asesora la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente 77/24, a la letrada vocal Dña. Silvia Pérez Blanco, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en la sesión referida en el encabezamiento de este dictamen.

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 indeterminada y a solicitud de 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 (ROFCJA).

El presente dictamen se emite en plazo.

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial se regula en la LPAC y debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

El reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, conforme a lo dispuesto en el artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la LRJSP, en cuanto es la persona que recibió la asistencia sanitaria reprochada.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que la asistencia sanitaria reprochada se prestó por el Hospital Universitario de Getafe que forma parte de la red asistencial pública.

El 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 (artículo 68 de la LPAC).

En el presente caso, la reclamación se formula en relación con la asistencia sanitaria dispensada el 28 de noviembre de 2021, por lo que la reclamación formulada el día 17 de diciembre de ese año está en todo caso, presentada en plazo legal.

En cuanto al procedimiento seguido, se observa que en cumplimiento del artículo 81 de la LPAC se emitió informe por el Servicio de Urgencias. También se incorporó al procedimiento el

informe de la Inspección Sanitaria con el resultado expuesto en los antecedentes de este dictamen y después, se ha incorporado un informe médico pericial por la aseguradora del SERMAS. Tras ello, se confirió trámite de audiencia al reclamante conforme establece el artículo 82 de la LPAC, que presentó escrito de alegaciones. Por último, conforme al artículo 81.2 párrafo segundo de la LPAC, se dictó la 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 ningún trámite esencial o que resulte imprescindible para resolver.

No obstante lo cual, llama la atención el exceso del tiempo transcurrido –más de tres años– desde la reclamación formulada hasta la propuesta de resolución, lo que excede, con mucho del plazo legal para resolver de seis meses.

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, en los términos establecidos por la ley. 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 viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada de la que es exponente la Sentencia del Tribunal Supremo de 21 de marzo de 2018 (recurso 5006/2016), 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 concreto, cuando se trata de daños derivados de la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público porque el criterio de la actuación conforme a la denominada *lex artis* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios.

Así, el Tribunal Supremo en doctrina reiterada, por todas, la Sentencia de 15 de marzo de 2018 (recurso 1016/2016) ha señalado que *“no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino*

que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente (...)”.

Más recientemente, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2022 (recurso 771/2020), recuerda que, «*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 nexos 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, 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 el presente caso, el reclamante reprocha al Servicio de Urgencias del HUG un error de diagnóstico de la patología que - según él- ya padecía entonces (TVP) y que después, fue detectada en otro centro hospitalario.

Ahora bien, aun suponiendo que este error se hubiera producido, ello no constituye, en sí mismo, un daño. En efecto, el primer requisito para exigir responsabilidad patrimonial a la Administración es -como hemos señalado en la consideración jurídica anterior- la existencia de un daño real y efectivo en quien solicita ser indemnizado; no bastando las meras suposiciones o hipótesis de que “*se ha puesto en riesgo mi salud*” que es lo alegado por el reclamante. Aquí, no ha existido un daño, ya que (como luego veremos) el diagnóstico realizado en el HUG no ha tenido consecuencias en su salud ni le ha dejado secuelas.

Es de recordar, además, que para determinar la responsabilidad patrimonial, la carga de la prueba corresponde -como regla general- a quien formula la reclamación, según lo dispuesto en el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

En este caso, no figura en el procedimiento ninguna prueba que sirva para apoyar los reproches que se dirigen contra la Administración Sanitaria. El reclamante no aporta un dictamen pericial o criterio médico concreto que permita probar lo que alega. Como recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en Sentencia de 5 de noviembre de 2019 (recurso 886/2017) o de 8 de abril de 2022 (recurso 1079/2019) “*las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales medicas pues se está ante una cuestión eminentemente técnica (...)*”.

Por tanto, ha de examinarse el reproche formulado, a la vista del material probatorio del expediente administrativo, y analizar si el facultativo valoró adecuadamente los síntomas que en ese momento concreto presentaba el paciente y se adoptaron las medidas necesarias.

Pues bien, en contra de lo aducido por el reclamante, señalaremos que, examinando la historia clínica en su conjunto, no observamos que por el Servicio de Urgencias del HUG se actuara con negligencia.

Así, es de advertir que para evaluar la corrección de una concreta práctica médica hay que estar a la situación y síntomas del momento en que se realiza ésta. Ello se traduce en que se deben aplicar a los pacientes los medios disponibles para su diagnóstico y tratamiento, ceñida al momento en que se efectúa la asistencia, es decir, a los síntomas que presenta y a las probabilidades, en función de los mismos, de que padezca una determinada patología.

Además, sobre el diagnóstico, lo que procede es un empleo de medios ordinarios y diligencia para los diagnósticos de sospecha, sin que se exija la realización de todas las pruebas diagnósticas que pudieran llevarse a cabo, sino las adecuadas a los síntomas del paciente para su correcto tratamiento inmediato, derivación o seguimiento, descartando en su caso, una patología grave.

En este punto, cabe traer a colocación lo expresado en la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 28 de abril de 2017 (recurso 133/2014) cuando señala que *“los servicios médicos sanitarios públicos actúan y proponen medios diagnósticos a la vista de los síntomas que los pacientes refieren, pues no es admisible que quien entra en el Servicio de Urgencias o en otras dependencias agoten sin más indicios todas las múltiples pruebas diagnósticas y múltiples patologías sin que los síntomas que se tengan exijan su realización”*.

Es preciso además, tomar en consideración que se trata de una actuación realizada en Urgencias un único día (28 de noviembre de 2021) por lo que con carácter general es de aplicación lo dispuesto en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y su Anexo IV, que define la atención de urgencia como *“aquella*

que se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata”. Y que “la cartera de servicios comunes de la prestación de atención de urgencia comprende: 2.2. La evaluación inicial e inmediata de los pacientes para determinar los riesgos para su salud y su vida y, en caso de ser necesaria, la clasificación de los mismos para priorizar la asistencia sanitaria que precisen (...)”, lo que se ha cumplido en el caso ahora dictaminado.

En cuanto al uso del Servicio de Urgencias cuya actuación reprocha, es de aplicación lo que viene señalando esta Comisión Jurídica Asesora en su Dictamen 88/18, de 22 de febrero, en el 126/20 de 12 de mayo, o en el 119/22, de 1 de marzo: estos servicios no tienen como función realizar todo tipo de pruebas, sino que éstas se dirigen, en función de los datos clínicos, a descartar patologías urgentes y, en su caso, a derivar a los pacientes al especialista correspondiente.

Así las cosas, el reclamante parte de una valoración a posteriori, 13 días después, cuando habiendo empeorado su clínica, acude a Urgencias al otro hospital, pero ya a instancia de su mutua laboral, que requiere se le haga una ecografía porque ya hay sospecha de TVP, circunstancias éstas que no se daban antes. En efecto, vemos que los síntomas y la situación clínica eran distintos:

-En la primera asistencia, tal y como hemos señalado en el punto 1 del antecedente de hecho segundo, el motivo de la consulta es “*dolor en la pierna derecha*”. Ya en la exploración física, el dolor se constata en el gemelo y se aprecia aumento de volumen de la pierna derecha; sin embargo, no hay edemas en los miembros inferiores, y el Hommans es negativo, sin apreciarse calor en la zona ni eritema (folios 76 y 77).

Por ello, se aprecia un posible desgarro fibrilar y se indica control por su médico de cabecera, recomendando que acudiera de nuevo a

Urgencias si empeoraba, lo cual no sucedió en los días posteriores, ya que según el episodio de la historia clínica del MAP (folio 79), el paciente acudió el 17 de diciembre, esto es después del alta hospitalaria dada el día anterior en el Hospital Universitario Puerta de Hierro, y ya figura en el episodio el diagnóstico de TVP en miembros inferiores.

-En la segunda asistencia, descrita en el punto 2 del ya citado antecedente de hecho de este dictamen, el hoy reclamante acude al Hospital Universitario Puerta de Hierro, pero por otro motivo (folio 13): *“derivado por su Mutua Fremap por sospecha de trombosis venosa profunda”*. Además, en la anamnesis, el paciente refiere la evolución a peor ya que *“el cuadro se inició con dolor en el gemelo derecho, pero ha ido ascendiendo hasta presentar fuerte dolor inguinal derecho”*. Por tanto, salta a la vista que el dolor inicial fue solo en el gemelo y ahora es hasta la ingle derecha en la que en la que hay, además, dolor a la palpación.

En adición a ello, lo que resulta claramente diferenciado es el signo de Homans, que en la primera visita es negativo, y ahora, positivo. Además, en esta segunda visita sí se aprecian *“edema, eritema y aumento de la temperatura local del gemelo derecho”*, signos exteriores de una posible TVP que en la visita anterior no aparecían.

La existencia ahora de estos síntomas, unido a que ya había sospecha de TVP, que consta manifestado por el paciente el antecedente de enfermedad familiar y la profesión que ejerce (transportista) y que acude derivado por su mutua de trabajo, resultan decisivos para encargar la prueba diagnóstica del doppler, cuyos resultados confirman el diagnóstico, cursándose la hospitalización para su tratamiento.

Como ya hemos dicho, la asistencia sanitaria es una obligación de medios en función de los síntomas y situación, que como acabamos de ver son diferentes a la luz de la historia clínica.

En este punto, si acudimos a los dos informes médicos ajenos al del servicio actuante, el de la Inspección y el emitido a instancias del SERMAS, ambos coinciden en afirmar con claridad que el diagnóstico de la primera visita no influyó en la salud del paciente, por lo que queda desmentido el reproche de que se puso en peligro su salud. Así, la conclusión del inspector en la página 12 de su informe es que *“no se aprecian indicios de retraso injustificado en el diagnóstico, que hayan tenido implicación desfavorable en la evolución clínica del paciente”*, y la conclusión tercera del informe encargado después por el instructor del procedimiento es que *“no se ha producido en la valoración y manejo ninguna afectación al paciente ni se ha puesto en riesgo al mismo”*; conclusiones médicas a las que este órgano consultivo ha de estar.

A mayor abundamiento y ya para terminar no puede cuestionarse el error de diagnóstico o la inadecuación del tratamiento, mediante una regresión a partir de la evolución posterior de la enfermedad del paciente. Así lo ha manifestado el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en Sentencia de 28 de marzo de 2016 (recurso 45/2014): *“No es correcto realizar una interpretación de lo acontecido conociendo el resultado final. La calificación de una praxis asistencial como buena o mala no debe realizarse por un juicio ex post, sino por un juicio ex ante, es decir, si con los datos disponibles en el momento en que se adopta una decisión sobre la diagnosis o tratamiento puede considerarse que tal decisión es adecuada a la clínica que presenta el paciente”*.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada, al no haberse acreditado la existencia de mala praxis en la asistencia sanitaria dispensada.

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 14 de marzo de 2024

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 136/24

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid