

Dictamen n.º: **256/26**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **06.05.26**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 6 de mayo de 2026, sobre la consulta formulada por la consejera de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña., por los daños y perjuicios que considera sufridos por su madre, Dña., que falleció como consecuencia del retraso diagnóstico de la metástasis de cáncer de mama que padecía, que atribuye a la falta de realización de las pruebas oportunas en el Hospital Universitario Infanta Leonor (en adelante HUIL) y en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM, en lo sucesivo).

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El expediente de responsabilidad patrimonial trae causa del escrito de reclamación formulado por la persona citada en el encabezamiento de este dictamen, presentado el día 4 de abril de 2024 por su representante, en el Registro General de la Administración del Estado que tuvo entrada en el Registro del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) el día 9 de abril de 2024.

La reclamante, heredera universal de su madre, expone que, el 17 de abril de 2023, fecha de su fallecimiento, tenía 65 años y antecedentes de carcinoma mamario infiltrante lobulillar clásico de mama derecha, moderadamente diferenciado (pT2 pN1a) estadio IIB, probable tipo Subliminal A.

Manifiesta que fue tratada con cirugía el 10 de diciembre de 2022, quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia; le realizaron revisiones periódicas y se siguieron los protocolos habituales, un informe del Consejo genético-oncológico de 3 de marzo de 2016, así como pruebas radio diagnósticas, siendo la secuencia más cercana al desenlace, según los informes de radiodiagnóstico, las de 5 de febrero de 2018, 4 de febrero de 2019, 17 de febrero de 2020, cuyos resultados refleja en su escrito.

Detalla el resultado de la mamografía de 15 de febrero de 2021 (sin hallazgos sospechosos de malignidad. BI-RADS 2) e indica que la cifra del marcador CA 15.3 U/mL, que se utiliza sobre todo para la detección de cáncer de mama, es 31, en el límite, puesto que el valor de referencia máximo es 31 y a su madre no se le realiza prueba alguna.

Refiere que el 15 de febrero de 2022 se le hace una mamografía que concluye: estudio sin hallazgos sospechosos de malignidad. Categoría BI-RADS 2. En la analítica de 26 de febrero de 2022, el resultado del CA 15.3 U/mL, es de 40 y no se le hace prueba alguna.

Señala que, realizados estos estudios en febrero de 2021 y febrero de 2022, con los marcadores tumorales, altos, el 14 de marzo de 2022, en consulta de Oncológica Radioterápica, se anota el resultado de la mamografía, análisis de sangre «*Ca 15.3 levemente aumentado en seguimiento por Gine. EF mama derecha disminuida de tamaño no nódulos ni signos de recidiva*». «*La paciente ha permanecido en remisión clínica durante 9 años motivo por el que le damos de alta para seguimiento por su ginecólogo de área*».

Expone que, antes del alta, la paciente tiene un cuadro de dolor y después del alta y del seguimiento ginecológico presenta, desde agosto de 2022, febrícula vespertina hasta 38° y malestar general. En esas fechas está en seguimiento por Medicina Interna, pero sigue sin realizarse prueba alguna de acuerdo con el valor del antígeno y los síntomas se relacionan las artromialgias y el “MEG” (mal estado general) con SARS CoV2.

Reseña que el 22 de enero de 2023 ingresa en Urgencias, se le diagnostica episodio presincopeal, se descarta patología aguda y se le da el alta. Vuelve el día siguiente, se le realiza una TAC y se determina como juicio clínico: cáncer mamario con metástasis óseas; mal control del dolor.

Afirma que *“esa falta de control de la analítica de febrero de 2022, y los procesos de radiodiagnóstico que se llevaron a cabo y que determinaban según los facultativos que no había malignidad, sin resultado alguno, hizo que se perdiese la oportunidad de diagnosticar tempranamente y no haber dejado crecer la enfermedad hasta estos estados que condujeron al fatal desenlace”*.

Manifiesta que el 24 de enero de 2023 su madre pasa todo el día en Urgencias, con dolores y medicada. Ingresada en Oncología del hospital, en abril de 2023, fallece el día 17.

Considera que existe *“una clara falta de diagnóstico, de realización de pruebas que produce el efecto final de la lamentable pérdida de la vida, con los graves perjuicios a la fallecida por no haber sido detectado a tiempo”*, sin considerar los daños morales sufridos por su madre y por la pérdida que para los familiares supone.

Solicita una indemnización por importe de 120.349,35 euros en los que valora el daño corporal que deriva de la vulneración de la *lex artis*

por pérdida de oportunidad de tratamiento y retraso diagnóstico, según el baremo de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, tomando como fecha de estabilización la del fallecimiento, de acuerdo con el siguiente desglose:

“a. Perjuicio Personal Particular:

i. Perjuicio personal básico: días de retraso diagnóstico, desde hallazgo analítico en fecha 15/02/2022 hasta 22/01/2023, fecha de asistencia a Urgencias por notable agravamiento clínico y posterior diagnóstico de metástasis. (Tabla 3.A): 342 días. 320 días x 32,91 euros = 10.531,20 euros. 22 días x 35,71 euros = 785,62 euros.

ii. Moderado: días impeditivos para actividad personal, desde 23/01/2023 hasta 20/02/2023, fecha en la que ingresa para control de dolor en situación paliativa. Tabla 3.B): 29 días. 29 días x 61,89 euros = 1.794,81 euros.

iii. Grave: desde día siguiente a ingreso, en fecha 21/02/2023, hasta fecha de fallecimiento, 17/04/2023: 56 días. 56 días x 89,27 euros = 4.999,12 euros.

b. Perjuicio moral por pérdida de calidad de vida ocasionada por las secuelas: Muy grave (tabla 2.B) 98.730,92 euros.

c. Indemnizaciones por causa de muerte (Tabla I): por hija: 35.707,68 euros”.

Adjunta escrito por el que autoriza a un abogado a presentar la reclamación, certificado de nacimiento de su padre, certificado de defunción de su madre y testamento otorgado por su madre en el que la instituye heredera universal.

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

El 9 de marzo de 2004, la paciente, con 46 años de edad, acude a consulta del Servicio de Reumatología del HGUGM con un cuadro de dolor generalizado de seis años de evolución, duerme mal, se levanta mal y se cansa con facilidad. Con el juicio clínico de fibromialgia con contractura paravertebral, sobrepeso, y con el tratamiento (debe adelgazar y realizar a diario ejercicios de columna vertebral y medicación), se le da el alta para que sea controlada por su médico de Atención Primaria.

El 26 de noviembre de 2012, con 55 años, acude a la consulta del Servicio de Ginecología del HGUGM y es diagnosticada de carcinoma intraductal, G3.

El 10 de diciembre de 2012 en el HGUGM le practican cirugía conservadora radioguiada, biopsia selectiva de ganglio centinela y linfadenectomía axilar de primer nivel sin incidencias. Es dada de alta el día 13 de diciembre.

Con el diagnóstico definitivo de carcinoma ductal infiltrante tipo lobulillar clásico de mama derecha, moderadamente diferenciado pT2 pN1a (1/11) Mx, estadio IIB, probable subtipo Luminal A, recibe tratamiento de quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia y acude a las revisiones programadas.

El 12 de febrero de 2018, en la revisión de Oncología, está asintomática. Se anota el resultado de la mamografía de 5 de febrero de 2018: *“...No parecen existir signos evidentes de malignidad en el estudio actual ni cambios con respecto a exploración anterior. Conclusión: Alteraciones postquirúrgicas y postradioterapia en mama derecha. Categoría Birads 2”*. En la exploración física: mamas normales, sin datos de complicación. No se palpan nódulos. Cicatriz en mama derecha en buen estado. Antígeno CA-15-3: 30. Revisión anual con mamografía y análisis de sangre.

El 18 de febrero de 2019, en consulta de Oncología Radioterápica, la mamografía diagnóstica bilateral de 4 de febrero se informa sin cambios patológicos significativos en relación con el control aportado por la paciente de febrero de 2018. BI-RADS – 2. Análisis de sangre, normal excepto CA 15-3: 34, previo normal. En la exploración física, mama derecha completamente normal. Pide interconsulta a Ginecología; repetir análisis en 4 meses.

El mismo día acude a la consulta de Oncología y le solicitan radiografía de tórax y ecografía abdominal de la que resulta el 1 de marzo, esteatosis hepática.

El 10 de mayo de 2019 acude a Ginecología en donde se le explican los hallazgos citológicos de ASCUS. Realizan citología y colposcopia, negativa. Pendiente de tipificación viral, citada el 14 de junio, le dan los resultados: citología negativa PCR VPH negativo Control anual.

En los análisis de 28 de mayo de 2019 el resultado de CA 15-3 es de 29 U/mL (máximo 31, 3).

En los análisis 25 de febrero de 2020, el CA 15-3 es de 29 U/mL.

El 4 de marzo de 2020, en la consulta de Oncología Radioterápica se anota: mamografía, normal; eco abdomen, esteatosis; análisis de sangre, normal. En la exploración física, mama derecha disminuida de tamaño sin alteraciones reseñables. Revisión en un año. Se le pide mamografía bilateral.

El 4 de mayo de 2020 debido a la pandemia, al encontrarse asintomática, se le retrasa la revisión de Ginecología al 23 de julio: exploración ginecológica y ecografía transvaginal normal; toma citología cervical. Cita para resultados en consulta virtual, si la citología es normal, valorar alta. El 23 de septiembre le comunican los resultados de la citología que es normal y se le da nueva cita anual.

El 26 de febrero de 2021, el resultado del CA 15-3 es de 31 U/mL (máximo 31,3).

El 8 de marzo de 2021 acude a revisión a Oncología Radioterápica. La mamografía y la analítica son normales. En la exploración: obesidad, mama derecha sin nódulos ni signos de recidiva. Revisión en un año. Le piden mamografía y análisis.

El 18 de marzo de 2021 en la consulta de Oncología se anota: *“dado que es un lobulillar, realizaremos seguimiento durante 10 años”*.

El 31 de mayo de 2021 acude a revisión ginecológica con los resultados de la citología vaginal en la que no se aprecia patología ginecológica de sospecha actual y se le cita para el año siguiente.

El 25 de febrero de 2022 de la analítica resulta la cifra de 40 de CA 15-3, siendo el máximo 31,3.

El 14 de marzo de 2022 es dada de alta de Oncología Radioterápica. Se anota la conclusión de la mamografía: estudio sin hallazgos sospechosos de malignidad. Categoría BI-RADS 2. Análisis de sangre: CA 15-3 levemente aumentado en seguimiento por Ginecología. Exploración física: mama derecha disminuida de tamaño no nódulos ni signos de recidiva. La paciente ha permanecido en remisión clínica durante 9 años motivo por el que le dan de alta para seguimiento por su ginecólogo de área.

Acude el mismo día a revisión a Oncología y se le cita para el año siguiente con análisis con marcadores tumorales y mamografía. Se hace constar el resultado del CA 15-3, 40 (en seguimiento por Ginecología).

El 20 de abril de 2022 en Ginecología se anota: revisión ginecológica normal. Control anual.

El 7 de diciembre de 2022 acude a Urgencias del HUIL por lumbalgia, derivada por su médico de Atención Primaria por picos febriles de hasta 38,5 grados, de tres meses de evolución. Figura que tiene antecedentes de discopatía degenerativa L4-L5-S1 y como impresión clínica: síndrome febril a estudio y lumbalgia secundaria a discopatía degenerativa. Durante su estancia se mantiene hemodinámicamente estable y afebril, se le realizan pruebas complementarias, donde se objetiva elevación de reactantes de fase aguda, sin leucocitosis, con resto de pruebas sin alteraciones, no se objetiva pico febril durante seis días. Deciden alta a domicilio y estudio de manera preferente por Medicina Interna.

El 19 de diciembre de 2022, en consulta telefónica con Medicina Interna de HUIL, remitida desde Urgencias por fiebre, la paciente refiere febrícula vespertina, no a diario, de 37,5-37,8 desde que pasó el Covid en agosto (vacunada x3). Desde entonces se encuentra mal, con mucho dolor de todo el cuerpo que le impide su vida normal. Apetito bien, sin alteración del ritmo intestinal, molestias epigástricas desde hace años, sin otros síntomas. Analítica de Urgencias con elevación de PCR. Radiografía de tórax, sin infiltrados. Se emite el juicio clínico de febrícula y dolores osteomusculares en paciente con fibromialgia conocida sin síndrome constitucional.

El 10 de enero de 2023 acude a consultas externas de Medicina Interna del HUIL y se anotan los siguientes resultados: ecografía abdominal: *“aumento difuso de la ecogenicidad hepática compatible con infiltración grasa y/o hepatopatía médica”*; análisis actual: destaca Antígeno CA 15-3: 348.1 U/ml (0.0 - 35.0), Cyfra: 21.1 34.3 ng/ml (0.0-5.0). Impresión diagnóstica: dolor crónico/fibromialgia de larga evolución. Empeoramiento actual en relación con síntomas post Covid. Febrícula intermitente tras infección por Covid19, actualmente resuelta. Destaca elevación de CA 15-3 y Cyfra 21.1 en paciente con antecedente previo de cáncer de mama en seguimiento en otro centro. Se planifica ampliar el

estudio con TC (tomografía computarizada) TAP (toracoabdominopélvico); se recomienda iniciar actividad física regular suave; solicita interconsulta a Rehabilitación y a Psicología (PSQ). Revisión con los resultados del TC.

El 22 de enero de 2023 acude a Urgencias del HGUGM. Además de la exploración física, se le realizan unos análisis, una radiografía de tórax y un TC de cráneo y se le diagnostica episodio presincopeal vuelve a Urgencias al día siguiente y, previa valoración y tratamiento, se le da el alta.

De nuevo acude a Urgencias del HGUGM el día 24 de enero de 2023 y revisan el TAC TAP realizado en HUIL con hallazgo de lesiones líticas sugestivas de metástasis en arcos costales izquierdos, vertebras torácicas y lumbares, así como en ambas palas ilíacas. Se le prescribe morfina según recomendaciones de Oncología y se le da el alta. Reingresa de nuevo y se inicia el tratamiento con morfina. Al mejorar del dolor, por la tarde se le da el alta.

El 3 de febrero 2023, acude a revisión en Medicina Interna en el HUIL. Ya conoce el resultado de la TC. Se le indica que continúe el seguimiento en Oncología del HGUGM como tiene previsto y con su médico de Atención Primaria (MAP). No precisa en ese momento seguimiento en Medicina Interna.

El 5 de febrero vuelve a Urgencias del HGUGM por mal control del dolor.

El 6 de febrero de 2023, la reclamante acude a la consulta de Oncología del HGUGM y refiere que desde el verano y tras infección por Covid, la paciente comienza con clínica de dolor a nivel costal, posteriormente febrícula. Vista por su MAP se inició analgesia sin mejoría, posteriormente derivada a consultas externas de Medicina Interna del HUIL, con elevación de marcadores tumorales. Realizado TC

TAP el 20 de enero en el HUIL, se identifica recidiva ósea con afectación adenopática axilar izquierda.

Desde el 7 de febrero de 2023 es ingresada en el HGUGM a cargo de Medicina Interna para completar estudio de metástasis y optimización del control de dolor oncológico y por efectos secundarios de tratamiento con opioides. El resultado del CA 15-3 el 8 de febrero de 2023 es de 734U/mL. Se solicita biopsia de adenopatía axilar y despistaje radiográfico mamario para catalogación de tumor primario. Durante el ingreso, se confirma cáncer de mama en recidiva ganglionar, ósea y meníngea. Se realiza resonancia magnética craneal el 16 de febrero 2023 y se observan múltiples lesiones óseas compatibles con metástasis en huesos de base y calota craneal y en vértebras cervicales incluidas en la exploración, sugieren diseminación tumoral leptomeníngea con contenido hiperproteico en la cisterna interpeduncular, realce alrededor de pares craneales (incluyendo III, V, VII y VIII de ambos lados), quiasma óptico y con datos de hidrocefalia. Se decide su traslado a planta de Oncología Médica.

El 22 de febrero de 2023 planteado su caso en sesión de oncología de mama, se decide inicio de tratamiento con abemaciclib + inhibidor de aromatasa + antirresortivo.

La evolución fue tórpida y el 17 de abril de 2023, ante el rápido deterioro del estado general con empeoramiento neurológico en las últimas semanas se decide medidas de soporte, priorizando el confort. Comentado con médico responsable y familiares, quienes entienden y aceptan. Dada la situación terminal de la enfermedad de base (cáncer de mama) con diseminación ósea extensa, ganglionar y leptomeníngea en progresión tumoral actual, se decide de acuerdo con la familia realizar sedación de la paciente, hasta que finalmente sufre el óbito por perforación intestinal secundaria a diverticulitis aguda y shock endotóxico.

TERCERO.- Presentada la reclamación, se acuerda 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).

La aseguradora del SERMAS acusa recibo de la reclamación interpuesta el 28 de junio de 2024.

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la paciente del HUIL y del HGUGM.

Se ha emitido informe de fecha 28 de mayo de 2024 por el jefe de Servicio de Radiodiagnóstico del HUIL, en el que se detallan los informes de las pruebas radiológicas que se le realizaron a la paciente en dicho hospital.

El informe del jefe de Servicio de Medicina Interna del HUIL de 17 de junio de 2024 sintetiza la asistencia sanitaria prestada e indica que *“desde que la paciente es valorada en urgencias el día 7/12/2022, hasta la primera consulta en Medicina Interna con las pruebas complementarias iniciales ya realizadas (ecografía y analítica), el tiempo transcurrido es adecuado para una consulta preferente, posteriormente con el resultado de la analítica y ante la sospecha de una recidiva del cáncer de mama, el tiempo entre la solicitud del TAC hasta su realización es de 13 días por lo que la gestión del caso se realizó con la celeridad adecuada. Podemos afirmar que no hubo ningún retraso inadecuado en el manejo del caso durante su proceso diagnóstico y que no hubo impacto en el pronóstico de la paciente”*.

Asimismo, figura el informe de 10 de junio del 2024, del jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia del HGUGM que describe la asistencia sanitaria dispensada a la paciente.

El jefe de Servicio de Medicina Interna del HGUGM de 12 de julio de 2024 sintetiza la asistencia sanitaria prestada por este servicio a partir del 7 de febrero de 2023 y la evolución de la paciente.

Por último, el jefe de Servicio de Oncología Médica del HGUGM, en su informe de 12 de julio de 2024, tras resumir el proceso asistencial, sobre la reclamación, realiza unas consideraciones que analizaremos posteriormente.

Asimismo, consta en el procedimiento el informe de la Inspección Sanitaria, emitido el 21 de octubre de 2025, según el cual:

“...la atención sanitaria proporcionada en el diagnóstico inicial, tratamiento y seguimiento oncológico de la paciente con carcinoma lobulillar infiltrante de mama se desarrolló conforme a los protocolos y guías clínicas vigentes, ajustándose por tanto a la Lex Artis.

En relación con la actuación posterior ante el inicio de sintomatología inicialmente inespecífica en agosto y octubre de 2022 y en consultas posteriores en diciembre de 2022, del análisis de la historia clínica se desprende que ante la aparición de febrícula y dolores osteomusculares en el contexto de infección por COVID-19 y fibromialgia crónica, la actuación médica fue prudente y acorde con la sintomatología presentada.

Cuando los síntomas persistieron (diciembre de 2022) se derivó y se remitió a estudio por medicina interna; en contexto de este estudio se objetiva (enero 2023) una elevación significativa de los marcadores tumorales, realizándose de manera correcta las pruebas complementarias necesarias (TAC toracoabdominopélvico), confirmándose la recaída de la patología oncológica. Esta atención sanitaria prestada a juicio de esta inspección y salvo criterio en contra, se considera conforme a la Lex Artis”.

Finalizada la instrucción del procedimiento, el 12 de diciembre de 2025 se notifica el trámite de audiencia al representante de la reclamante sin que conste la presentación de alegaciones en el término concedido al efecto.

Por último, el 13 de marzo de 2026, la viceconsejera de Sanidad y directora general del Servicio Madrileño de Salud, formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación.

CUARTO.- El 20 de marzo de 2026 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente n.º 183/26 a la letrada vocal Dña. M.^a del Pilar Rubio Pérez de Acevedo, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 6 de mayo de 2026.

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 quince mil euros, 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. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad de las Administraciones públicas.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4 de la LPAC y del artículo 32 de la LRJSP, al tratarse de la hija de la persona que recibió la asistencia sanitaria que considera incorrecta y que causó su fallecimiento. Ha acreditado su vínculo de parentesco y su condición de heredera universal.

En este sentido, como indicamos en nuestro Dictamen 660/25, de 10 de diciembre, se presume en ella el daño moral derivado del fallecimiento de su madre, daño *ex iure proprio* que sufre la reclamante al ser hija de la finada y, al ser su heredera universal resulta asimismo legitimada para reclamar los daños de carácter físico y moral irrogados a su madre y que ésta no reclamó en vida, al considerar que se trata de un derecho transmisible.

La legitimación pasiva, corresponde a la Comunidad de Madrid ya que el daño cuyo resarcimiento se pretende, se atribuye a la asistencia prestada en dos hospitales pertenecientes a la red sanitaria pública, el HGUGM y el HUIL.

En lo relativo al requisito temporal, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo (artículo 67.1 de la LPAC). En este caso, la reclamante reprocha error y retraso diagnóstico

que, considera, provocaron a su madre una serie de padecimientos y su fallecimiento. Dado que éste se produjo el 17 de abril de 2023, la reclamación presentada el 9 de abril de 2024 ha sido formulada en plazo.

En cuanto al procedimiento, se ha recabado informe del Servicio de Radiología y del Servicio de Medicina Interna del HUIL, así como de los Servicios de Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna y Oncología Médica del HGUGM. Figura el informe de la Inspección Sanitaria. Una vez incorporados los informes mencionados, se ha dado audiencia a la reclamante y, por último, se ha formulado la correspondiente propuesta de resolución, remitida, junto con el resto del expediente, a la Comisión Jurídica Asesora para la emisión del preceptivo dictamen.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido trámite alguno que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se rige por 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 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, por todas, las sentencias del Tribunal Supremo de 23 de junio de 2021 (recurso 8419/2019), 21 de marzo de 2018 (recurso 5006/2016) requiere: 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 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.

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 en cuanto que el criterio de la actuación conforme a la denominada *lex artis* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios.

CUARTA.- La reclamante reprocha el retraso de diagnóstico de metástasis de cáncer de mama, provocado, a su parecer, por la no realización de pruebas diagnósticas, que ocasionó el fallecimiento de su madre.

Por tanto, en este caso, la imputación del daño al servicio público se objetiva como omisión de medios y la determinación de si se adoptaron las medidas necesarias para llegar al diagnóstico de la metástasis y si los facultativos implicados en el proceso asistencial de la paciente actuaron conforme a la *lex artis*, se convierte en la cuestión a examinar.

Como hemos señalado, entre otros, en nuestro Dictamen 203/26, de 15 de abril, debemos partir de la premisa de que el retraso en un diagnóstico no es *per se* indemnizable, requiriéndose para que pueda apreciarse que, según las circunstancias concretas del caso y los medios disponibles, una valoración médica acorde a la *lex artis* hubiera llevado a un diagnóstico en fases más tempranas, y que esta detección precoz hubiera permitido una mejor evolución o, al menos, una expectativa de mejoría.

En ese sentido, las sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de octubre de 2023 (recurso 157/2021) y de 13 de enero de 2022 (recurso 640/2018) afirman que:

“La fase de diagnóstico es una de las más importantes y difíciles de la práctica médica a la que se llega después de un proceso de aproximaciones sucesivas que requiere del examen de la historia clínica, la exploración física y las pruebas complementarias pertinentes al caso y que se efectúan progresivamente para llegar al diagnóstico concreto. Se trata de un proceso complejo en el que intervienen muchos factores y en sus primeras fases resulta difícil poder hablar de un error, dado que determinadas sintomatologías pueden sugerir diversas patologías que deben ser, o no, descartadas. No obstante, lo anterior, respecto al error de diagnóstico es importante advertir que para que este sea generador de responsabilidad es necesario que atendidas las circunstancias del caso y en particular el estado de conocimiento de la ciencia en el momento de producirse el evento lesivo, pueda afirmarse que resultaba factible para el servicio sanitario realizar dicho diagnóstico y que el mismo, de haberse realizado, posibilitara alguna oportunidad de curación. En definitiva, es necesario que la falta de diagnóstico, o bien su error o su retraso sea imputable a la Administración y por ello sea determinante de la lesión del derecho del paciente a un diagnóstico correcto en tiempo oportuno”.

Ciertamente, no es exigible realizar otras pruebas que las que a la vista de la sintomatología y características de la paciente sean recomendables, sin que resulte procedente juzgar la corrección de una actuación médica partiendo de la evolución posterior del paciente, en la llamada “prohibición de regreso”. En efecto, la asistencia médica ha de atender a las circunstancias y a los síntomas del enfermo, mediante un juicio *ex ante* y no *ex post*. Así lo ha manifestado el Tribunal Superior de

Justicia de Madrid, entre otras, en Sentencia de 16 de febrero de 2026 (recurso 764/2024) según la cual:

«...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. Por lo tanto, de acuerdo a lo expuesto, el tratamiento que se sigue, en un juicio “ex post”, no es indiciario de una mala praxis médica, pues solo en un juicio “ex post” es cuando podríamos afirmar que habría que haber intervenido antes”.

La medicina supone únicamente una obligación de medios, los cuales fueron adecuadamente prestados y que no resulta procedente juzgar la corrección de una actuación médica partiendo de lo que sabemos qué ocurrió, en una llamada prohibición de regreso, que aplica la STS (recurso de casación para la unificación de doctrina n.º 1406/2015) 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”.

Por tanto, 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 reciente Sentencia del Tribunal Supremo de 27 de enero de 2026 (recurso 5434/2024) recoge la jurisprudencia del Alto Tribunal según la cual: *“la actividad médica y la obligación del profesional es de medios y no de resultados, de prestación de la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo, de manera que los facultativos no están obligados a prestar servicios que aseguren la salud de los enfermos, sino a procurar por todos los medios su restablecimiento, por no ser la salud humana algo de que se pueda disponer y otorgar, no se trata de un deber que se asume de obtener un resultado exacto, sino más bien de una obligación de medios, que se aportan de la forma más ilimitada posible”*. En el mismo sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 24 de febrero de 2026 (recurso 744/2024).

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, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 24 de febrero de 2026 (recurso 744/2024), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

Corresponde, por tanto, a la reclamante probar con medios idóneos que la asistencia prestada no fue conforme a la *lex artis*, pues, como declaran la Sentencias de la Sección Décima de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 6 de noviembre de 2025 (recurso 852/2023) y de 7 de julio de 2025

(recurso 142/2023), “*las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica...*”.

Pues bien, en este caso la reclamante no ha incorporado al procedimiento ningún tipo de acreditación de que la atención dispensada a su madre fuera incorrecta o inadecuada, sin que sirvan a este propósito las afirmaciones contenidas en el escrito de reclamación, sin sustento probatorio alguno.

Ante esta falta de esfuerzo probatorio, los informes de los facultativos que intervinieron en la asistencia sanitaria prestada al paciente y, especialmente, el informe de la Inspección Sanitaria, sostienen que la atención dispensada fue conforme a la *lex artis*.

La reclamante alega pérdida de oportunidad. No obstante, no podemos considerar su concurrencia. En este sentido, el Servicio de Oncología del HGUGM indica que las pruebas de imagen realizadas sin sospecha de recaída, aunque pueden adelantar su diagnóstico, no afectan a la supervivencia de las enfermas, ya que las recaídas son incurables y no evitables por pruebas diagnósticas. La paciente presentaba fibromialgias que cursaban con dolores generalizados que, posiblemente, dificultaron el pensar en una recaída tantos años después del diagnóstico del cáncer (casi diez años) y cuando la clínica empeoró, se procedió a realizar TAC corporal que mostró la recaída.

En el presente supuesto confluieron, por tanto, una serie de síntomas en la paciente que se atribuyeron a otras enfermedades que padecía, sin que podamos observar que se produjera déficit asistencial y, de acuerdo con lo expuesto, el hecho de que la recaída sea incurable determina que no pueda considerarse la existencia de pérdida de oportunidad.

En este sentido, el Tribunal Superior de Justicia de Madrid recoge en su Sentencia de 5 de marzo de 2026 (recurso 892/2024) y en la de 6 de febrero de 2026 (recurso 838/2024), entre otras, doctrina de la pérdida de oportunidad acogida en la jurisprudencia de la Sala 3ª del Tribunal Supremo *“configurándose como una figura alternativa a la quiebra de la lex artis que permite una respuesta indemnizatoria en los casos en que tal quiebra no se ha producido y, no obstante, concurre un daño antijurídico consecuencia del funcionamiento del servicio. Sin embargo, en estos casos, el daño no es el material correspondiente al hecho acaecido, sino la incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse seguido en el funcionamiento del servicio otros parámetros de actuación, en suma, la posibilidad de que las circunstancias concurrentes hubieran acaecido de otra manera. En la pérdida de oportunidad hay, así pues, una cierta pérdida de una alternativa de tratamiento, pérdida que se asemeja en cierto modo al daño moral y que es el concepto indemnizable. En definitiva, es posible afirmar que la actuación médica privó al paciente de determinadas expectativas de curación, que deben ser indemnizadas, pero reduciendo el montante de la indemnización en razón de la probabilidad de que el daño se hubiera producido, igualmente, de haberse actuado diligentemente”*.

Por otra parte, la Inspección Sanitaria, tras exponer el diagnóstico y el tratamiento de la paciente, explica que el tipo de cáncer que sufría tiene un pronóstico inicial favorable y alta respuesta a hormonoterapia, tal y como fue tratada la paciente. Sin embargo, se caracteriza por un riesgo elevado de recaídas tardías, incluso después de 10-15 años del tratamiento inicial. Añade que la literatura científica reconoce que el cáncer de mama presenta una gran variabilidad en su velocidad de crecimiento y que la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria señala que el tiempo de duplicación tumoral puede oscilar entre semanas y muchos meses, lo que implica que la evolución hasta alcanzar un

tamaño clínicamente detectable puede variar entre dos y diecisiete años, en función de la rapidez de duplicación celular.

De igual modo, la Inspección afirma que el seguimiento a largo plazo debe centrarse en anamnesis, exploración y mamografía anual, tal y como se realizó en la paciente por el Servicio de Oncología Médica, acorde a *lex artis*. Indica, asimismo, que un importante número de estudios han comparado distintas estrategias de seguimiento de las pacientes largas supervivientes de cáncer de mama y han sido categóricos en sus conclusiones: no es útil la realización de pruebas radiológicas periódicas excepto la mamografía anual. En el presente caso, señala, en sus mamografías anuales de seguimiento, se muestran hallazgos catalogados como BIRADS2 entre 2018 y 2022, que se entienden como benignos, sin datos de alarma de recidiva en relación a pruebas de imagen. El seguimiento fue anual y sin hallazgos sospechosos de malignidad, según las pautas de las guías clínicas y, por tanto, afirma, acorde a *lex artis*. Por ello, con los datos de remisión de la enfermedad oncológica y sin sintomatología de alarma, se le da el alta el 14 de marzo de 2022, tras más de 9 años en remisión clínica.

El informe de Inspección corrobora lo expuesto por el Servicio de Oncología del HGUGM que asevera que, desde el punto de vista oncológico, la paciente fue sometida a las pruebas que las guías internacionales recomiendan (mamografías anuales únicamente) salvo que hubiera sospecha clínica de recaída.

En cuanto a los marcadores tumorales, el Servicio de Oncología señala que tampoco se recomiendan en el seguimiento de las enfermas operadas de cáncer de mama, de acuerdo con las guías clínicas. En el mismo sentido se pronuncia la Inspección al referir que las guías clínicas y, en particular, las estrategias de seguimiento de las pacientes largas supervivientes de cáncer de mama de la Sociedad Española de Oncología Médica no recomiendan entre el control habitual de seguimiento, la

realización rutinaria de seguimiento de marcadores tumorales analíticos ante ausencia de sintomatología. La interpretación correcta de los resultados de los marcadores tumorales es compleja, ya que intervienen múltiples factores desde condiciones preanalíticas hasta enfermedades concomitantes del paciente. El CA 15-3 es el marcador más utilizado en cáncer de mama, elevado en 60-70% de pacientes con enfermedad metastásica, pero solo en aproximadamente el 10% de tumores localizados (baja sensibilidad en estadios iniciales).

En el caso objeto de dictamen, la Inspección refiere que los valores de estos marcadores entre 2018 y 2021 son normales o limítrofes, sin tendencia ascendente clara, por lo que no implicarían la realización de otras pruebas diagnósticas. En la analítica de 28 de febrero de 2022 aparece un valor ligeramente elevado (40 U/mL, siendo el límite 31), la elevación es leve y aislada y, además, hay una mamografía informada de febrero 2022 con hallazgos BI-RADS 2 (benignos). La leve elevación aislada de CA 15.3 no obligaría a estudios complementarios inmediatos si no hay clínica ni hallazgos radiológicos sospechosos pues puede deberse a variaciones biológicas o a condiciones benignas (enfermedad hepática, inflamación, benignidad mamaria), por lo que no se puede catalogar de mala praxis la ausencia de nuevas pruebas ante un leve aumento aislado de CA 15.3 (40 U/mL) en 2022, ya que no existía indicio clínico ni beneficio demostrado. Lo recomendado es repetir la determinación en un plazo razonable y correlacionar con la exploración física y la mamografía de control. Por tanto, concluye la Inspección, la actuación médica se ajustó a las recomendaciones vigentes y al estándar de cuidado clínico, sin indicios de mala praxis ni omisión terapéutica relevante.

La Inspección analiza la evolución posterior de la paciente y pone de manifiesto que, cuando en la revisión de 10 de enero de 2023 se detectó una elevación marcada de CA 15.3 (348,1 U/mL) y Cyfra 21.1 (34,3 ng/mL), se solicitó una TAC TAP. Por ello, afirma, en este contexto

clínico, ante la elevación drástica y sostenida de los marcadores junto con síntomas persistentes de dolor y afectación general, se cumplieron los criterios de sospecha de recaída oncológica y se actuó de forma correcta y conforme a guías clínicas, al indicar las pruebas de imagen, siendo acorde a *lex artis*.

En consecuencia, de acuerdo con el criterio de la Inspección Sanitaria, durante todo el proceso la asistencia sanitaria fue acorde a la *lex artis*, lo cual viene corroborado por la historia clínica. A su informe esta Comisión Jurídica Asesora otorga especial relevancia por la objetividad, profesionalidad e imparcialidad que se presume del ejercicio de sus funciones, pues, como recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, entre otras, en sus sentencias de 6 de marzo de 2026 (recurso 462/2023) y 18 de septiembre de 2025 (recursos 462/2022, 466/2022 y 51/2023), *“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”*.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación presentada, al no haberse acreditado la existencia de mala praxis en la atención dispensada al

paciente en el Hospital Universitario Infanta Leonor y en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

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 6 de mayo de 2026

El presidente de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 256/26

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid