

Dictamen n.º: **396/26**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **01.07.26**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 1 de julio 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 D., por los daños y perjuicios derivados del retraso en el diagnóstico y tratamiento de un cáncer de próstata por los servicios médicos del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz (HUFJD).

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El expediente de responsabilidad patrimonial trae causa del escrito de reclamación formulado el 6 de noviembre de 2023 contra el Servicio Madrileño de Salud, por el retraso en el diagnóstico y tratamiento de un cáncer de próstata.

En concreto, el escrito inicial de reclamación refiere que en febrero de 2016 el paciente inició un tratamiento en el HFJD por un adenocarcinoma gástrico, realizándosele un PET, en el que se apreció depósito focal en el lóbulo prostático izquierdo. Añade que el 26 de febrero se le realizó una analítica, mostrando un PSA de 3,26ng/ml.

Continúa exponiendo el reclamante que, tras esa analítica, no le hicieron ningún seguimiento urológico ni determinación del PSA hasta el 4 de diciembre de 2019, cuando su médico de Atención Primaria le prescribió una analítica, con un resultado de PSA de 16,9 ng/ml.

Tras la realización de una biopsia y una resonancia magnética, señala el reclamante que el 30 de enero de 2020 el Servicio de Urología del Hospital Universitario Rey Juan Carlos le diagnosticó una neoplasia maligna de próstata y se le indicó un tratamiento farmacológico.

El escrito de reclamación continúa exponiendo toda la asistencia prestada, finalizando el relato afirmando que el 3 de noviembre de 2022 inició un tratamiento radioterápico, reprochando que se tardara dos años, cuando se pudo iniciar en enero de 2020.

El reclamante reprocha la falta de seguimiento de los hallazgos en la próstata en el año 2016, y el retraso en el tratamiento del cáncer de próstata, para el que, según afirma, solo se le prescribió un fármaco para la hiperplasia benigna hasta el año 2022.

En el escrito se solicitan 150.000 euros por los daños, sin desglose alguno.

Se acompaña a la reclamación únicamente el documento de identidad del reclamante.

Con fecha 22 de agosto de 2024, los hijos del reclamante presentan escrito, comunicando su defunción el 9 de abril de ese mismo año, y manifestando su interés en subrogarse en la reclamación, ampliando en 48.562 euros la indemnización solicitada por los daños derivados del fallecimiento.

A este escrito se acompaña el certificado de defunción, los certificados de nacimiento de los hijos y la declaración de herederos abintestato.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación, el órgano instructor solicitó la historia clínica de Atención Primaria del HUFJD y del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, pudiéndose extraer de la misma los siguientes hechos de interés:

Al reclamante, nacido en 1943, cuyos antecedentes médicos no constan, se le realiza el 17 de febrero de 2016 una endoscopia digestiva alta en el HUFJD, que objetiva una ulceración corporal de aspecto infiltrativo, se toman biopsias para Anatomía Patológica. Días después, se realiza una eco-endoscopia digestiva alta y se confirma adenocarcinoma gástrico (uT4aN2). Se realiza un PET- TC y ante el hallazgo de una captación en próstata se solicitó una determinación de PSA, que muestra un resultado de 3,26ng/ml.

El 4 de marzo de 2016, ingresa en Cirugía General y Digestivo para laparoscopia de estadificación, por presentar un cáncer gástrico localmente avanzado pendiente de tratamiento quimioterápico neoadyuvante.

Los días 17 de marzo y 12 de mayo de 2016 acude a Urgencias por deterioro y malestar general tras recibir el segundo ciclo de quimioterapia. Se consideran efectos secundarios de la quimioterapia.

El 17 de mayo de 2016 se realiza nuevo PET, recogiendo, entre otros hallazgos: *“Próstata aumentada de tamaño con calcificaciones groseras en su interior objetivándose mejoría en la captación de carácter difuso sin visualizarse en el momento actual el depósito focal descrito en estudio previo.”*

En días siguientes acude a Urgencias por crisis hipertensiva.

El 14 de junio de 2016 ingresa para tratamiento quirúrgico tras cumplir neoadyuvancia, realizándose gastrectomía total + linfadenectomía D1 ampliada. Con un postoperatorio sin incidencias, es dado de alta el 20 de junio de 2016.

Con fecha 14 de noviembre de 2016, acude a revisión, recogiendo: *“refiere que se encuentra bien, recuperándose lenta y progresivamente, no ha ganado peso, tampoco lo ha perdido. En analítica persiste anemia leve y en PET-TC no signos de recidiva, se visualizan lesiones hepáticas (ya conocidas) que sugieren correlacionar con RMN. Pido RMN hepática. Próstata aumentada de tamaño con calcificaciones groseras en su interior sin depósitos patológicos de radiotrazador”*.

El 30 de diciembre de 2016, en resonancia magnética hepática, no se aprecian lesiones malignas.

El 28 de marzo de 2017 acude a revisión. Se encuentra bien. Come mejor. En TC y analítica está todo bien, anemia mejorando progresivamente. Continúa con revisiones.

El 5 de julio de 2017 acude a revisión. Ha estado bien, ha perdido algo de peso; en el centro de salud le han hecho analítica con Vit B12 baja y le han pautado optovite. En TC no hay signos de recaída. En analítica presenta elevación de MT. Analítica: marcadores tumorales CEA 0.7 ng/ml (Inf. 5) CA 19-9 ** 117 UI/ml (Inf. 37).

TC (26 de junio de 2017): abdomen: cambios postquirúrgicos de gastrectomía sin signos de recidiva local. Próstata y vesículas seminales: aumento de tamaño prostático. Cita en octubre de 2017: TC, analítica con MT y gastroscopia

El 12 de marzo de 2018, consulta en Oncología Médica. En un TAC realizado el 26 de febrero de 2018, en lo que se refiere a la próstata: *“La próstata está ligeramente aumentada de tamaño, con algún foco de calcificación”*. Se le pide TC, analítica con MT. Cita en 4 meses.

El 18 de noviembre de 2019, en el informe de Oncología Médica, el informe del TAC se describe como HBP (hipertrofia benigna de próstata), Conclusión: remisión radiológica sin signos de recidiva, ni de extensión. Plan: los resultados de la revisión realizada no muestran datos de recaída de su proceso oncológico Acudirá de nuevo a revisión en 6 meses, tras la realización de analítica con marcadores y TAC.

El 4 de diciembre de 2019, acude a consulta de Urología, derivado por su médico de familia por elevación de PSA (16.9). Miccionalmente estable sin tratamiento urológico. Exploración: tacto rectal volumen III con LD muy indurado sospechoso. Se solicita biopsia. Resonancia magnética eco urológica, flujometría y AS con PSA.

El 13 de enero de 2020, en consulta de Urología, tras las pruebas, se diagnostica un adenocarcinoma de próstata Gleason 8 (4+4) en base, meso y ápex izquierdos. Gammagrafía ósea: el estudio no descarta extensión de enfermedad osteoblástica, a planos esqueléticos. Cinética de PSA: - oviembre 2019: 16.9 ng/ml diciembre 2019: 17, 4 ng/ml. PLAN: se deriva a la Unidad de Cáncer de Próstata para valoración.

Con fecha 30 de enero de 2020, acude a consulta de la Unidad de Cáncer de Próstata, recogándose: *“JC. Adenocarcinoma Gleason 8 (4+4) izq masivo, afectación de 6/6 cil de LI, PSA al diagnóstico 19, palpable, visible en RMN con SVI. cT3bN0Mx. Alto riesgo y localmente avanzado. Explico resultados al paciente y su hija y necesidad de ampliar EE para confirmar afectación a distancia. PLAN. RMN hombro derecho, RMN columna y pelvis ósea. Actualizo TC body, ultimo de nov 2019 sin MTS PSA + flujo, inicio tamsulosina”*.

El 21 de febrero de 2020, en revisión, se anota: *“RMN columna. Lesión ósea en el margen lateral izquierdo del sacro (S2-S3), con componente de partes blandas, en relación con afectación secundaria. RMN pelvis ósea: Lesión ósea en región inferior del hemisacro izquierdo, con infiltración y edema por contigüidad del piramidal ipsilateral y ciático izquierdo. PLAN. Presentaré en comité”*.

El 25 de febrero de 2020 se presenta el caso en el Comité de Tumores y se decide PET para completar estudio de extensión. Los resultados del PET se comunican al paciente el 20 de marzo posterior, siendo los siguientes:

- Captación patológica en próstata con mayor actividad en el lóbulo izquierdo y extensión a la vesícula seminal ipsilateral. Adenopatías en cadena iliaca externa izquierda, sospechosas de afectación maligna.

- Micronódulos y nódulos pulmonares bilaterales la de mayor tamaño en el LID con depósito patológico en probable relación con afectación secundaria.

- Lesión lítica conocida con masa de partes blandas en hemisacro izquierdo, en relación con afectación maligna.

Se inicia tratamiento con bloqueo hormonal, enviándose por e mail con texto explicativo de pauta de BH a su hija.

El 25 de mayo de 2020, consulta en Oncología Médica, remitido para valoración de tratamiento quimioterápico. Clínicamente bien. Sin dolor óseo. Sin otros síntomas. ECOG 0. *Plan: “Seguirá el tratamiento con Eligard trimestral. Debido a la desaparición de nódulos pulmonares no precisa otro tratamiento aparte de Eligard trimestral. Nueva revisión en 3 meses con PSA”*.

El 3 de marzo de 2021 se recoge en revisión que las pruebas complementarias muestran ausencia de enfermedad oncológica, por lo que seguirá revisiones cada 3 meses, con gammagrafia, TC y analítica.

En fecha 22 de octubre de 2021, se realiza TAC y se recoge como conclusión: *“Aparición de nódulo/masa pulmonar derecha indeterminada (28mm). Recomendando valoración histológica. PSA 0.59 ng/ml (previo PSA 0.17), T en castración. PLAN: progresión a CPRCm por criterios RECIST (lesión pulmonar). Hablo con Onco médica, tienen cita el 28/10 planteara biopsia y posible QT según resultado. Se informa telefónicamente, y revisión en 3-6 meses.”*

El 13 de octubre de 2022 acude a Urgencias del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, recogándose: *“paciente con antecedente de adenocarcinoma gástrico tratado con cirugía y QT en 2016 ya resuelto. Actualmente en tratamiento por un cáncer de próstata metastásico con lesión blástica en hemisacro izquierdo (paciente no conocedor de su situación). Acude a urgencias por mal control del dolor en la región donde tiene la metástasis”.*

Con fecha 24 de octubre de 2022, se le propone realizar tratamiento con intención paliativa con radioterapia externa en 5 fracciones de 5 Gy cada una, y se realiza TAC de simulación. Inicia tratamiento el 3 de noviembre y finaliza el 10 de noviembre de 2022. Una vez finalizado el tratamiento, y evidenciando inicio de mejoría de la sintomatología, se le da el alta y continúa su tratamiento y seguimiento por parte del Servicio de Oncología Médica.

El 25 de enero de 2024 ingresa por Urgencias en la Unidad de Cuidados Paliativos, constando que desde diciembre de 2023 refiere deterioro funcional con pérdida de peso, astenia y dolor, que le limita la movilidad de manera significativa. Es valorado por Oncología Radioterápica y se decide realizar sesión única de radioterapia.

Se solicita centro de media estancia para continuar cuidados, en espera de mejoría tras radioterapia. El paciente es dado de alta el 9 de febrero de 2024.

El 10 de abril de 2024 se anota por el médico de Atención Primaria que el paciente ha fallecido el día anterior a consecuencia de un fallo multiorgánico, secundario a la progresión de un cáncer de próstata

TERCERO.- Incorporada al procedimiento la historia clínica del paciente, cuyo contenido esencial se ha recogido anteriormente, se procedió a la instrucción del expediente y, conforme a lo dispuesto en el artículo 81 de la LPAC, se dio audiencia a la titular de los centros concertados cuya asistencia es objeto de reproche y se solicitó la emisión de informe a los servicios médicos correspondientes.

Así, constan informes del Servicio de Oncología Médica del HUFJD, en el que refiere que se le realizó al paciente un PET el 19 de febrero de 2016 y, ante la captación en próstata, se le solicitó PSA, con resultado de valores normales. Continúa el informe señalando que, posteriormente, se le hicieron sucesivos PEET de control, que ya no mostraban captación focal, por lo que no se consideró necesario hacer más pruebas.

También se ha incorporado el informe del Servicio de Oncología Radioterápica, fechado el 5 de diciembre de 2023, en el que refiere que su asistencia se inició en octubre de 2022 por progresión de un adenocarcinoma de próstata, del que se estaba tratando al paciente por Oncología Médica con terapia de privación androgénica, según protocolo.

La jefa del Servicio de Urología del HUFJD emite informe con fecha 13 de diciembre de 2023, en el que se relata la asistencia prestada al paciente, que comprendió la realización de las pruebas para el

diagnóstico del cáncer de próstata, tratamiento hormonal iniciado el 20 de marzo de 2020, y posterior derivación a Oncología Médica

La Inspección Médica emitió informe con fecha 5 de octubre de 2025, en el que concluye afirmando que *“no existe evidencia de que la asistencia sanitaria prestada en el Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, haya sido incorrecta o inadecuada a la lex artis”*.

El 24 de noviembre de 2025 se dio trámite de audiencia a los reclamantes, quienes presentaron alegaciones incidiendo en la actuación insuficiente ante los hallazgos prostáticos en el año 2016, y falta de seguimiento desde ese año hasta el 2019, cuando se alcanzó un diagnóstico tardío del carcinoma de próstata. Las alegaciones concluyen reiterando su pretensión indemnizatoria.

El escrito se acompaña de un informe pericial, emitido por un especialista en Urología, en el que se concluye que, si en el año 2016 se hubiera considerado y valorado la información facilitada por el PET, es muy factible que se hubiera alcanzado un hipotético diagnóstico más precoz y otra expectativa terapéutica.

El mismo 24 de noviembre de 2025 se dio audiencia al HUFJD, formulándose alegaciones por su directora médica el posterior día 2 de diciembre, sosteniendo en las mismas la adecuación a la *lex artis* de la actuación de los servicios médicos que prestaron la asistencia reprochada.

También se dio audiencia al Hospital Universitario Rey Juan Carlos, sosteniéndose igualmente por su gerente, en alegaciones fechadas 3 de diciembre de 2025, la adecuación a la *lex artis* de la asistencia prestada en ese centro hospitalario.

Finalmente, no es hasta el 13 de mayo de 2026, cuando se formula por la viceconsejera de Sanidad y directora general del SERMAS una propuesta desestimatoria de la reclamación.

CUARTO.- El 22 de mayo de 2026 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid una nueva solicitud de dictamen preceptivo en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, al letrado vocal D. Carlos Hernández Claverie, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 1 de julio 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 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.

Los reclamantes, en tanto herederos del fallecido, están legitimados para continuar la acción iniciada por su padre, por mor del artículo 4 de la LPAC. Asimismo, están legitimados como descendientes de primer grado para reclamar por el daño moral derivado del fallecimiento de su padre.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, en tanto que la asistencia reprochada fue prestada en un centro sanitario concertado con la Comunidad de Madrid, como es el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, y en el marco de la asistencia sanitaria pública del Sistema Nacional de Salud. En relación con ello, esta Comisión viene reconociendo la legitimación de la Comunidad de Madrid para conocer de la responsabilidad en los supuestos en los que la asistencia sanitaria se presta en centros concertados, siguiendo el criterio mantenido por el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en sentencias como la de 14 de marzo de 2013 (rec. 1018/2010) o las más reciente de 16 de octubre de 2023 (rec. 50/2022), y ello sin perjuicio de la obligación última del titular del centro.

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. (cfr. artículo 67.1 de la LPAC). En el presente caso, se reclama por el retraso en el diagnóstico y tratamiento del carcinoma de próstata, que fue confirmado en marzo de 2020, pero cuya evolución no estaba determinada en ese momento, iniciándose en octubre de 2022 tratamiento con radioterapia paliativa tras fracaso de terapia de androgénica, falleciendo finalmente el 9 de abril de 2024. Por tanto, la reclamación formulada el 6 de noviembre de 2023, ampliada posteriormente por los hijos del fallecido el 22 de agosto de 2024, debe entenderse presentada en plazo.

En la tramitación se habrían cumplido, en principio, los presupuestos exigidos, al haberse emitido, conforme al artículo 81 de la LPAC, informe por los servicios cuya actuación es objeto de reproche, también se ha incorporado el informe de la Inspección Médica, y se ha dado audiencia a la reclamante y al centro concertado cuya asistencia se reprocha, formulándose finalmente una propuesta de resolución que analiza la concurrencia de los elementos propios de la responsabilidad patrimonial.

Ahora bien, los reclamantes han aportado un dictamen pericial de médico especialista en Urología, una vez concluida la instrucción, y sin que del mismo se haya dado traslado al HUFJD, centro contra el que se dirige principalmente el reproche asistencial, privándosele así de la posibilidad de alegar sobre el mismo y sobre la valoración que contiene en relación con el déficit asistencial del paciente.

Ciertamente este órgano consultivo, y finalmente el órgano competente para resolver, están obligados a valorar el conjunto de los informes obrantes en el procedimiento conforme a la regla de la sana crítica, y el informe pericial de médico especialista puede ser de especial valor. Así, si no se le permitiera alegar sobre el mismo al centro concertado, como interesado en el procedimiento que es en su condición de responsable de la asistencia reprochada, se estaría vulnerando su derecho de defensa.

Por tanto, se hace preciso retrotraer el procedimiento a fin de dar nueva audiencia al centro concertado a fin de que pueda valorar el informe pericial aportado por los reclamantes una vez concluida la instrucción.

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

CONCLUSION

Procede retrotraer el procedimiento para dar cumplimiento a lo expuesto en la consideración segunda del presente dictamen.

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 1 de julio de 2026

El presidente de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 396/26

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid