

Dictamen n.º: **445/26**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **15.07.26**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 15 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 que entiende producidos con motivo de la asistencia prestada al mismo en el Hospital Universitario de Fuenlabrada, a raíz de un dolor pélvico crónico.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Con fecha 1 de diciembre de 2024, se registra telemáticamente formulario, firmado por el reclamante, interesando la responsabilidad patrimonial del Servicio Madrileño de Salud (en adelante, SERMAS) a raíz de la asistencia que le fue prestada en el Hospital Universitario de Fuenlabrada (en adelante, HUF).

La reclamación comienza señalando que, en el año 2017, acude al Servicio de Urología, donde se le realiza una exploración por dolor testicular más intenso en la zona derecha, concluyendo en un juicio clínico de alta por no patología urológica, sin prescripción de medicación y sin prueba alguna más que la exploración realizada.

Visita a Urología que se repite en 2021 por presentar dolor testicular, que pasó a quemazón, en la zona del periné, siendo diagnosticado de prostatitis leve, sin consideración de seguimiento, pautándole como medicación el permixón.

Según refiere, volvió a consulta de Atención Primaria, reiterando el dolor padecido, cambiándosele la medicación a gabapentina. Acudió a Urgencias el 14 de marzo de 2023, por quemazón y dolor intenso en la zona perineal, ante lo que se le aumentó la gabapentina con recomendación de control por Atención Primaria para seguimiento por el Servicio de Neurología.

Volvió a acudir a Urgencias el 10 de abril de 2023, por dolor en la región perineal y quemazón, recogiendo un juicio clínico de posible origen neuropático y cita en consulta de Neurología, aumentándose la gabapentina. El día 21 de igual mes, acudió nuevamente a Urgencias, así como el 28 de mayo de 2023, por aumento de dolor.

Señala seguidamente que acudió a un especialista, quien le realizó una exploración, con solicitud de ecografía pélvica y de potenciales evocados somatosensoriales de nervio pudendo, pruebas en las no se detectan lesiones pélvicas según sus informes y los potenciales resultan no concluyentes.

Es derivado a la Unidad del Dolor por dolor perineal crónico con mala respuesta analgésica, si bien según indica, recibió contestación de dicha Unidad denegándole la atención por no poder ofrecer tratamiento sin tan siquiera realizarle una consulta.

Señala que acudió a Atención del Paciente del HUF para saber si podía trasladar el expediente a otro hospital, indicándole la responsable que no era posible y que la única vía era la judicial, ante lo cual según refiere, acudió sin cita a Neurología donde una enfermera le indicó que el Neurólogo señalaba que sí podía acudir a otro hospital y solicitar

traslado de expediente, siendo así que solicitó atención en la Unidad del Dolor del Hospital Universitario Rey Juan Carlos de Móstoles.

Acudió a consulta el 21 de noviembre de 2023 donde tras la realización de una resonancia, se encontró un quiste paralabral.

Expuesta la asistencia presentada, indica el reclamante que presenta reclamación contra el HUF por la mala atención prestada y la denegación de asistencia en su Unidad del Dolor.

Se interesa una indemnización por importe de 72.072,90 euros, adjuntándose a la reclamación una copia del documento nacional de identidad del reclamante.

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

El paciente, nacido en el año 1983, carecía de antecedentes médicos relevantes a efectos de la controversia que nos ocupa.

Con fecha 26 de abril de 2017, acude a consulta en el Servicio de Urología del HUF, derivado por su médico de Atención Primaria por presentar dolor testicular derecho. Según se recoge, describe dolor de características osteoarticulares localizado desde región crural a femoral, glútea, etc. En la exploración física realizada se advierte “*genitales externos de aspecto y configuración normal. Testículos en bolsa escrotal sin alteraciones, no dolor a la palpación. Epidídimos sin alteraciones ni dolor a la palpación*”. Se concluye en la ausencia de patología urológica.

El 22 de marzo de 2021, figura nueva consulta en Urología del HUF. Se recogen los antecedentes urológicos de 2017. Como motivo de la consulta se refleja que “*desde hace 9 meses quemazón en periné, asociado a gases y eructos, el (los) último mes se encuentra mejor. Le*

sucedía más en decúbito y sentado. Le mejoraba con el Lorazepam. Micción normal, no hematuria, no urgencia, no nocturia, eyaculación normal". En la exploración física se advierte normalidad tanto en los genitales, como en el periné y en el abdomen. Se recoge un juicio clínico de prostatitis leve, pautándose permixon por tres meses, sin necesidad de seguimiento en consulta, con la previsión de acudir si concurriera algún cambio.

El 10 de abril de 2023, acude a Urgencias del HUF por presentar dolor en región perineal. En la exploración física se constata que la región perineal no está inflamada, no eritema, no se palpan masas, no deformidad ni crepitación. Se recoge como diagnóstico, dolor perineal de probable origen neuropático, aumentándose la dosis previa de gabapentina.

Visita a Urgencias que se repite por el paciente el día 21 de abril de 2023, por igual motivo referido al dolor perineal. Se recoge en el informe de Urgencias *"Valoración por NRL en 2021:*

No se detecta patología neurológica. La distribución no corresponde con ningún territorio nervioso, los síntomas acompañantes (gases) no se relacionan con ninguna patología neurológica y la respuesta a Lorazepam también descarta la sospecha de patología neurológica.

En tratamiento actual con gabapentina 100-100-300. Refiere que acude por desesperación". Se concluye en igual juicio diagnóstico que en la visita anterior.

El 28 de mayo de 2023, el paciente acude nuevamente a Urgencias por dolor perineal intensificado, refiriendo aumento de dolor tras la realización de la prueba de potenciales evocados el día 26 de igual mes. A la exploración no presenta alteraciones cutáneas ni dolor a la palpación en la zona perineal.

El 29 de mayo de 2023, consta consulta en Neurología del HUF, reconociéndose que es derivado por posible neuralgia en región perineal. Como datos clínicos de interés se recoge *“varón de 39 años que presenta desde hace 3 años, aunque desde hace 1 año peor, cuadro de dolor tipo ardor en región entre testículos y región anal, de forma constante, con momentos de punzadas. No lo refiere hacia un lado concreto. No se irradia hacia ningún lado en concreto.*

No refiere un claro desencadenante ni agravante salvo las relaciones sexuales que si cree que le empeoran el dolor. Nota a veces algo de tenesmo vesical y anal. No refiere ningún desencadenante claro del inicio del cuadro.

Desde el punto de vista anímico se encuentra muy mal.

Aporta informe de valoración en consulta de fisioterapeuta especializada en suelo pélvico, recomendándose tratamiento de fisioterapia (pendiente de iniciar).

Refiere que con permixon no mejoró. Con gabapentina no ha notado mejoría pero tampoco efectos secundarios”. En la exploración física se indica “en región perineal no se observan alteraciones cutáneas. No clara hipoestesia en la zona perineal, quizás ligeramente algo menos en zona derecha de región perineal”.

Se hace referencia a la mencionada prueba de potenciales evocados somatosensoriales (PESS) de nervio pudendo del 26 de mayo de 2023, respecto de la que se hace constar *“se realizaron PESS de nervio pudendo según técnica con electrodos de anillo a nivel de pene a intensidad 3 veces sobre el umbral subjetivo Para el registro se efectuó un montaje con electrodos activos sobre área de proyección somestésica primaria (Cz) con referencia cefálica (Fz). La respuesta no mostró ningún potencial.*

CONCLUSION: El estudio mediante PES de nervio pudendo mostró una ausencia en el potencial evocado.

La ausencia de potencial evocado puede ser debida a cuestiones técnicas o bien a afectación de las estructuras nerviosas involucradas. El rendimiento diagnóstico de esta prueba es bajo. Ver nota de enfermería”.

De igual modo, se hace referencia a una ecografía pélvica transabdominal del 16 de mayo de 2023, en la que no se detectan lesiones pélvicas evidentes. Vejiga bien rellena, sin alteraciones.

Se recoge un diagnóstico de dolor en región perineal (miofascial vs sintomatología en contexto de somatización), poco probable neuralgia del pudendo.

Según consta en la historia clínica, el 2 de junio de 2023, un facultativo de Neurología contacta telefónicamente con el paciente, reconociéndose que se ha rechazado la valoración en la Unidad del Dolor del HUF, refiriendo el paciente que va a solicitar valoración en otra Unidad del Dolor.

Al respecto de este rechazo, se recoge en el informe de la Inspección Médica que *“la Unidad del dolor crónico, a la vista de los datos clínicos que facilito Neurología, y la Historia clínica del paciente, decide RECHAZAR el tratamiento del paciente por la Unidad del dolor crónico, ya que se concluye un diagnóstico de dolor Psicosomático; el paciente ya tiene tratamiento Psiquiátrico con algunos neuromoduladores: Pregabalina, tryptizol y clonacepan, que también son eficaces en el dolor neuropático, y está pendiente de fisioterapia de suelo pélvico”.*

El 29 de junio de 2023, el paciente acude a Urgencias al presentar dolor perineal. Se consigna en cuanto a la exploración física *“consciente y orientado. Malestar por dolor. Eupneico, normocoloreado e hidratado. Colaborador AC: rítmico sin soplos. AP: MVC. Periné: no lesiones ni*

secreciones. Dolor interno según describe el paciente". Como evolución del paciente se recoge que solicita analgesia y solicita alta a domicilio porque refiere que se pone nervioso estando en Urgencias. Se pauta analgesia. Se decide alta tras modificar tratamiento y se solicita cita en consultas de cirugía general. Como diagnóstico se recoge dolor perineal crónico con mala respuesta a analgesia.

Fechado el 21 de noviembre de 2023, figura informe de la Unidad del Dolor del Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Se recoge en cuanto a la situación del paciente *"dolor en región perineal de tres años de evolución, con empeoramiento en este último año, tipo quemazón. Dolor durante las relaciones sexuales, refiere que el dolor es con la eyaculación. Refiere también dolor en sedestación sobre superficies duras, y cuando lleva ropa apretada (vaqueros). No mejoría con gabapentina ni amitriptilina. No traumatismo previo directo previo a inicio de dolor"*.

En la exploración física se advierte *"no equimosis ni lesiones visibles a nivel perineal. Dolor a la palpación en regio perineal bilateral. No Alodinia, no hiperalgesia. No dolor a la palpación a nivel testicular"*.

Se solicita resonancia magnética de pelvis y radiofrecuencia pulsada en nervios pudendos.

El 26 de diciembre de 2023 consta una consulta telefónica del paciente con dicha Unidad del Dolor. Se explica el resultado de la Resonancia magnética, respecto de la que se recoge como conclusión *"no se detectan alteraciones del grosor o de la señal nerviosa en el trayecto de los nervios pudendos, ni causas compresivas extrínsecas."*

Separación condrolabral completa con quiste paralabral anterosuperior de 6x14x11mm en MII, posible separación condrolabral completa de idéntica localización en MID".

En cuanto al plan de actuación se prevé *“se mantiene RF de nn pudendos. En cuanto a los hallazgos de quiste paralabral, aunque el paciente está asintomático, hago IC a COT, explico al paciente le llamaré si precisa ser valorado”*.

El 5 de enero de 2024, consta valoración sin paciente presencial, en cuanto a la interconsulta con Traumatología se indica *“IC COT: si el paciente no presenta sintomatología a nivel de la cadera no precisa tratamiento adicional”*. Se llama al paciente y se le explica, señala que no tiene dolor en región cadera. Refiere llevar dos semanas con dolor en sacro.

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).

Con fecha 13 de febrero de 2024, se notifica al reclamante un escrito de la instrucción dando cuenta de la admisión a trámite de la reclamación e informando de la normativa de aplicación, plazo de resolución y efectos del silencio para el caso de inexistencia de resolución expresa.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 81.1 de la LPAC, figuran en el expediente, los correspondientes informes de los servicios médicos que intervinieron la asistencia médica relacionada con la reclamación interpuesta.

Por el Servicio de Anestesiología y Reanimación se emite informe, fechado el 28 de febrero de 2024, en el que se señala *«consta en la historia clínica del paciente que con fecha 03 de Mayo de 2023 se realizó, desde el Servicio de Neurología, una petición de interconsulta para que por el Servicio de Anestesia, Unidad del Dolor, se valorara la idoneidad de valorar, en su caso tratar, al paciente en nuestra Unidad del Dolor*

Crónico. El motivo de consulta, juicio clínico dado por Neurología para la petición fue: “Posible neuralgia región perineal”: Dolor miofascial vs neuralgia del pudendo (menos probable) vs sintomatología en contexto de somatización”

Antes de habilitar en agenda cita para el paciente en la citada Unidad, se realizó un pormenorizado estudio de su historia clínica para la valoración de la idoneidad de la cita (diagnóstico, tratamiento, resultados en salud).

(....)

A la vista de los datos clínicos detallados, revisada nuevamente la petición de Neurología y la historia clínica del paciente, se decide rechazar la el tratamiento del paciente por la Unidad del Dolor Crónico porque se concluye con un diagnóstico de dolor psicossomático y, según la bibliografía existente, no podemos ni debemos tratar este tipo de dolor. El paciente ya tiene tratamiento psiquiátrico con algunos neuro-moduladores Pregabalina, Tryptizol, clonacepam, entre otros), que también son eficaces en dolor neuropático (si éste fuera el caso), y está pendiente de fisioterapia.

El abordaje del dolor crónico pélvico en el varón, en todo caso, si no hay patología orgánica demostrable, que parece ser el caso a tenor de los resultados de las pruebas diagnósticas realizadas, se basa en el tratamiento multidisciplinar: fisioterapia, medicación neuromoduladora (la toma el paciente), los analgésicos opioides, que en el caso del paciente no estarían indicados por el grave riesgo de mal uso por su proceso de salud mental, y psicoterapia (en nuestra unidad no contamos con psicólogo).

Por los antecedentes clínicos del paciente, principalmente el Trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y de la conducta, en paciente con rasgos disfuncionales de personalidad cluster B, tipo

trastorno límite de la personalidad, junto con posibilidad según el Servicio de Neurología de sintomatología en contexto de somatización más, la no evidencia de ninguna patología orgánica en ninguna de las pruebas realizadas en nuestro centro, según nuestro criterio, se contraindica la realización de técnicas analgésicas invasivas. Al no existir una neuropatía concreta, no podemos ofrecerle ninguna técnica analgésica de tipo invasivo.

De todo lo expuesto, se ha dado cumplida información al paciente en respuesta a los correos electrónicos que envió como consecuencia de la denegación de tratamiento, por no indicado, descrita en el presente informe».

Por el Área de Atención al Paciente se emite informe el 23 de febrero de 2024, en el que, en relación con lo señalado en la reclamación, se indica que *“como Jefa de Área de Atención al Paciente, en ningún momento he informado respecto a lo que manifiesta. El Área de Atención al Paciente, exclusivamente informa respecto de la Libre Elección y/o 2ª Opinión según lo recogido en su SIGC (CODIGO DE DOCUMENTO: ATP-MA-001), ficha integrada en el Procedimiento IT Guía y Fichas de Información, ya que el paciente debe solicitarlo en el Área de Admisión y Documentación Clínica”.*

Por el Servicio de Urología se emite informe, fechado el 22 de febrero de 2024, en el que después de exponer la asistencia prestada, se hace constar que *“el paciente, en definitiva, sufre DOLOR PELVICO CRONICO (DPC), que es el dolor que persiste durante más de tres meses, de carácter secundario (normalmente, relacionado con cirugías previas, trastornos musculoesqueléticos, viscerales o neuropáticos). En sentido estricto, estaríamos hablando de un SINDROME PRIMARIO DE DOLOR TESTICULAR, que es la aparición de dolor episódico, percibido en los testículos, y que puede estar asociado a síntomas sugerentes de disfunción del tracto urinario inferior. El dolor es típicamente percibido en*

el periné, desde el ano hasta el pene. De modo característico, la quemazón es el adjetivo que más utilizan los pacientes para describir el dolor.

Por otra parte, el compromiso del nervio pudendo (el que recoge la sensibilidad de los genitales externos y del área perineal) se puede asociar a una amplia gama de síntomas: parestesias (pinchazos), disestesias (percepciones sin estímulo, o con el estímulo de un grifo abierto), alodinia (dolor al menor contacto), hiperalgesia (dolor de intensidad desproporcionada en relación al estímulo) ... Muchos pacientes que sufren neuralgia del nervio pudendo se quejan de cansancio y calambres musculares, debilidad y dolor. Por esos motivos, entre otros, no pueden sentarse. La inmovilidad les produce una atrofia muscular, y la menor actividad resulta dolorosa. Como consecuencia de todo lo anterior, los pacientes experimentan problemas emocionales y, en particular, depresión.

No existen pruebas específicas para el estudio del DPC. Todos los procedimientos pretenden identificar y excluir enfermedades asociadas al DPC. La exploración abdominal y de los genitales es parte del estudio básico.

Desde el punto de vista de los estudios de imagen, la ecografía es de poca utilidad. En ese contexto, es posible que la resonancia magnética resulte de alguna utilidad.

En relación al tratamiento, la fitoterapia parece tener algún efecto beneficioso sobre el dolor”.

Señala seguidamente que “el demandante fue atendido con celeridad, y no se escatimaron medios.

No obstante, se ofreció a su Médico de Atención Primaria la posibilidad de una nueva consulta en caso de necesidad.

El paciente optó por ser tratado en el Hospital Rey Juan Carlos donde, por cierto, el diagnóstico fue el mismo que el alcanzado en este Hospital.

En la actualidad, se encuentra pendiente de radiofrecuencia del nervio pudiendo por la Unidad del Dolor Hospital Rey Juan Carlos.

El hallazgo de quistes articulares (paralabiales) es un hallazgo fortuito en la resonancia magnética, y todo sugiere que el paciente se encuentra asintomático en lo relacionado con la esfera osteoarticular”.

Por el Servicio de Medicina Interna, Unidad de Neurología, se emite informe el 5 de abril de 2024, señalando que “es valorado por el neurólogo tras realizar exploración física detallada, el cual no considera que el dolor que refiere el paciente está relacionado con patología neurológica. Casi 2 años después (03/05/2023) el paciente vuelve a ser remitido a Consulta de Neurología refiriendo persistencia del dolor descrito anteriormente, es valorado por otro médico del Servicio de Neurología (Dr.) que tras realizar de nuevo exploración física detallada y realizar pruebas complementarias (Potenciales evocados y Ecografía pélvica) descarta de nuevo que la causa del dolor sea neurológica. No obstante, decide remitir al paciente a la unidad del dolor para un posible tratamiento.

El paciente finalmente tras la realización de una Resonancia Magnética es diagnosticado de un quiste paralabral. Es quiste paralabral es una bolsa de líquido articular que se desarrolla fuera de la articulación (patología no neurológica).

Desde el punto de vista de la consulta de neurología se realizaron las pruebas indicadas para descartar origen neuropático del dolor, extremo que quedó acreditado suficientemente con las pruebas indicadas y realizadas. No obstante, desde neurología, se remite al paciente a la

Unidad del Dolor para que sea valorado si procede que sea tratado de un dolor crónico.

Avala la actitud terapéutica seguida por la Unidad de Neurología, los artículos y detalle bibliográfico que quedan reflejados a continuación”.

Con fecha 12 de junio de 2025, se emite informe por la Inspección Médica en el que se concluye que “*en general, la atención prestada al paciente por su MAP y el Hospital de Fuenlabrada ha sido adecuada y suficiente. El único dato reprochable es el rechazo a tratar al paciente en la Unidad del Dolor del Hospital de Fuenlabrada, alegando la contraindicación de técnicas analgésicas de tipo invasivo; este razonamiento parece lógico, pero talvez pudo ofertarse un tratamiento NO INVASIVO, como la Radiofrecuencia ofertada en el Hospital Rey Juan Carlos, aun sabiendo que es un tratamiento empírico, que no asegura el resultado satisfactorio*”.

A instancias de la aseguradora del SERMAS se emite dictamen médico pericial, de 1 de octubre de 2025, elaborado por licenciados en Medicina y Cirugía, especialistas en Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor, que tiene por objeto analizar la asistencia prestada al paciente en el HUF. Señala el mismo “*2. El paciente es diagnosticado de dolor pélvico crónico de origen miofascial vs psicosomático y, ya que las pruebas complementarias no apoyan un diagnóstico de neuropatía de pudendo, esta causa no está probada (pruebas de imagen normales en lo que refiere al nervio pudendo y potenciales evocados no concluyentes).*

3. El tratamiento de esta patología es multimodal, el paciente recibía tratamiento con antidepresivos (duloxetina) antiepilépticos (gabapentina y clonazepam) y antipsicótico (quetiapina como coadyuvante para tratamiento de la ansiedad) que están indicados para tratamiento de dolor neuropático. El paciente está en seguimiento por psicología y psiquiatría.

Por otro lado, el informe de urgencias de 28 -5 -2023 refiere que ya se ha realizado radiofrecuencia en centro privado por el dolor perineal. El conjunto del tratamiento refleja el abordaje multimodal.

4. La indicación de realizar técnicas intervencionistas se individualiza en cada paciente y depende del médico de la unidad del dolor, los bloqueos y radiofrecuencias en el mejor de los casos consiguen una mejoría temporal, pero conllevan posibles riesgos y efectos secundarios indeseables por lo que el hecho de indicarlos no es inocuo. Estas técnicas en ningún caso son curativas o permanentes y que se realicen antes o después no van a modificar el curso de la patología. Ofrecer un tratamiento intervencionista depende del médico responsable que evalúa la idoneidad de realizarlas teniendo en cuenta la posibilidad de mejoría y las posibles complicaciones, por lo que es comprensible que haya diferentes actitudes terapéuticas que pueden ser validas debido a la complejidad de este caso”.

Concluyendo seguidamente que “1. Se realizó un enfoque multidisciplinar para el dolor pélvico crónico.

2. La denegación de tratamiento en la Unidad del Dolor del Hospital de Fuenlabrada se realizó con un razonamiento alegando la contraindicación de técnicas analgésicas de tipo invasivo. Los criterios de tratamiento pueden cambiar de unos centros a otros.

3. No hay constancia de la eficacia del tratamiento propuesto en la Unidad del Dolor del Hospital Rey Juan Carlos, por lo que se desconoce si la denegación de tratamiento en el Hospital de Fuenlabrada ha podido suponer una pérdida de oportunidad.

4. La actuación de los profesionales fue correcta sin encontrarse actuaciones negligentes ni contrarias a la lex artis”.

El 28 de noviembre de 2025, se notifica al interesado el oportuno trámite de audiencia, sin que conste la formulación de alegaciones.

Por la viceconsejera de Sanidad y directora general del SERMAS se formula propuesta de resolución, fechada el 9 de junio de 2026, en la que se interesa desestimar la reclamación interpuesta.

CUARTO.- El 17 de junio de 2026, tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial. Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente 429/26 al letrado vocal D. Javier Espinal Manzanares, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en sesión del día citado en el encabezamiento.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros, y a solicitud de la consejera de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, de Consejo de Gobierno (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, se regula en la LPAC de conformidad con su artículo 1.1, con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

En cuanto a la legitimación activa para promover el presente procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la LRJSP, corresponde al reclamante en cuanto destinatario de la asistencia médica que considerar contraria a la *lex artis*.

Se cumple la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, por cuanto el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado en el HUF, centro sanitario integrado en la red del SERMAS.

En lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 LPAC, el derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo, precisando que, en caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas. En el presente caso, la reclamación de responsabilidad patrimonial se interpone el 1 de febrero de 2024, constando en el expediente que la asistencia médica que motiva la reclamación se produce fundamentalmente a lo largo del año 2023, por lo que atendiendo a estas fechas debe entenderse que la misma se ha interpuesto dentro del plazo fijado al efecto.

Por lo que se refiere al procedimiento seguido en la tramitación de la reclamación de responsabilidad patrimonial, se observa que en

cumplimiento del artículo 81.1 de la LPAC, se ha emitido informe por los servicios médicos que intervinieron en la asistencia controvertida. De igual modo consta incorporada la historia clínica de la asistencia prestada al paciente en el HUF, así como la de Atención Primaria e igualmente la del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, se ha emitido informe por la Inspección Sanitaria con el resultado expuesto en los antecedentes de este dictamen y el informe médico pericial a instancias de la aseguradora del SERMAS antes referido. Tras ello, conforme al artículo 82 de la LPAC, se confirió trámite de audiencia al reclamante que no hizo uso del trámite concedido.

Finalmente, conforme a lo dispuesto en el artículo 81.2 de la LPAC, se redactó la propuesta de resolución en sentido desestimatorio de la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada.

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

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 106.2 de la Constitución Española, que garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley, previsión desarrollada por la LRJSP.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, requiere la concurrencia de varios requisitos:

a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal.

c) Que exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, sin que ésta sea producida por fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005) y otras sentencias allí recogidas, *“no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”*.

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2022 (recurso 771/2020), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo:

«El hecho de que la responsabilidad extracontractual de las Administraciones públicas esté configurada como una responsabilidad objetiva no quiere decir, ni dice, que baste con haber ingresado en un centro hospitalario público y ser sometido en el mismo al tratamiento terapéutico que el equipo médico correspondiente haya considerado pertinente, para que haya que indemnizar al paciente si resultare algún daño para él. Antes, al contrario: para que haya obligación de indemnizar es preciso que

haya una relación de antijurídico, es decir: “que se trate de un daño que el paciente no tenga el deber de soportar, debiendo entenderse por daño antijurídico, el producido (cuando) no se actuó con la diligencia debida o no se respetó la lex artis ad hoc”.

En consecuencia lo único que resulta exigible a la Administración Sanitaria “... es la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en este tipo de responsabilidad es una indebida aplicación de medios para la obtención de resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente” (STS Sección 6ª Sala C-A, de 7 marzo 2007).

En la mayoría de las ocasiones, la naturaleza jurídica de la obligación de los profesionales de la medicina no es la de obtener en todo caso la recuperación de la salud del enfermo, obligación del resultado, sino una obligación de medios, es decir, se obligan no a curar al enfermo, sino únicamente a dispensarle las atenciones requeridas, según el estado de la ciencia (SSTS de 4 de febrero y 10 de julio de 2002 y de 10 de abril de 2003).

En definitiva, el título de imputación de la responsabilidad patrimonial por los daños o perjuicios generados por el funcionamiento normal o anormal de los servicios de asistencia sanitaria, no consiste sólo en la actividad generadora del riesgo, sino que radica singularmente en el carácter inadecuado de la prestación médica llevada a cabo, que puede producirse por el incumplimiento de la lex artis o por defecto, insuficiencia o falta del servicio.

A lo anterior hay que añadir que no son indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido evitar o prever según el estado de los conocimientos de la ciencia o de

la técnica existentes en el momento que se producen aquéllos, de suerte que si la técnica empleada fue correcta de acuerdo con el estado del saber, el daño producido no sería indemnizable por no tratarse de una lesión antijurídica sino de un riesgo que el paciente tiene el deber de soportar y ello aunque existiera un nexo causal.

En la asistencia sanitaria el empleo de la técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido ya que cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si a pesar de ello causó el daño o más bien pudiera obedecer a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente».

CUARTA.- En este caso, como hemos visto en los antecedentes, el reclamante viene a censurar la asistencia que le fue prestada en el HUF en el tratamiento del dolor perineal que venía padeciendo.

De acuerdo con las alegaciones efectuadas en la reclamación, lo relevante a la hora de enjuiciar la responsabilidad patrimonial es si efectivamente se incurrió en la mala praxis denunciada, pues como hemos señalado reiteradamente en nuestros dictámenes, en la medicina curativa nos encontramos ante obligaciones de medios y no de resultado, de tal forma que se cumple la *lex artis* cuando se utilizan todos los medios (de diagnóstico, de tratamiento, etc.) de los que se dispone. También hemos dicho con frecuencia que esta obligación de medios debe entenderse ceñida al contexto del momento y las circunstancias en que se efectúa la asistencia, es decir, a los síntomas que presenta el paciente y a las probabilidades, en función de los mismos, de que padezca una determinada patología. En este sentido, con cita de la jurisprudencia, hemos recordado que lo que procede es un empleo de medios ordinarios y diligencia para cerciorarse de los diagnósticos que se sospechen, sin

que se pueda cuestionar el diagnóstico inicial por la evolución posterior de los acontecimientos.

Centrado así el objeto de la reclamación, vamos a analizar los reproches formulados, partiendo de lo que constituye la regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido se ha pronunciado, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 8 de abril de 2022 (recurso 1079/2019), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo. Además, como añade la citada sentencia, *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica”*.

Sobre la base de lo expuesto, entendemos que la reclamación no ha aportado prueba alguna que venga a acreditar que la asistencia prestada fuera incorrecta en los términos que son objeto de reproche, mientras que, por el contrario, los informes médicos que obran en el expediente contrastados con la historia clínica examinada descartan la mala praxis denunciada.

Particularmente, la Inspección Sanitaria, tras analizar el proceso asistencial que consta en las actuaciones, ha considerado que la asistencia médica prestada debe ser considerada en términos generales como conforme a la *lex artis*. En este punto cabe recordar el especial valor que esta Comisión Jurídica Asesora atribuye a la opinión de la Inspección Sanitaria, pues, tal y como recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Décima, en su Sentencia de 20 de noviembre de 2025 (recurso 1031/2023), *“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”.

El informe de la Inspección después de recoger la asistencia prestada al paciente y formular una serie de consideraciones médicas sobre el dolor pélvico crónico sufrido por el reclamante, formula una serie de conclusiones conforme a las cuales “1.- *El paciente sufre un dolor pélvico crónico, modalidad de Síndrome Primario de dolor testicular; el diagnostico no ha variado respecto al emitido en el Hospital de Fuenlabrada.*

2.- *La RNM efectuada en la Unidad del Dolor del Hospital Rey Juan Carlos, detectó quistes articulares paralabrales en caderas, pero esto fue un hallazgo fortuito, y parece que el paciente está asintomático a nivel osteoarticular.*

3.- *La Unidad del dolor del Hospital Rey Juan Carlos, propuso Radiofrecuencia empírica del Nervio pudiendo, para tratar el dolor, y no sabemos si tuvo un resultado satisfactorio o no.*

4.- *En general, la atención prestada al paciente por su MAP y el Hospital de Fuenlabrada ha sido adecuada y suficiente”.*

Conforme se ha expuesto, el único reproche que formula la Inspección viene referido a la negativa de la Unidad del Dolor del HUF a tratar al paciente, reproche que, no obstante, viene inmediatamente matizado por la propia Inspección, señalando que el criterio médico considerado por la Unidad del Dolor del HUF para rechazar su actuación, parece lógico e indicando seguidamente que el tratamiento de radiofrecuencia ofertado en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos era un tratamiento empírico que no asegura un resultado satisfactorio.

A juicio de esta Comisión Jurídica Asesora la postura de la Unidad del Dolor del HUF aparece debidamente justificada desde consideraciones médicas en el informe elaborado por el Servicio de Anestesiología y Reanimación anteriormente mencionado. Postura en la que viene a coincidir el informe médico pericial elaborado a instancias de la aseguradora del SERMAS por facultativos especialistas en la materia, al señalar que *“la denegación de tratamiento en la Unidad del Dolor del Hospital de Fuenlabrada se realizó con un razonamiento alegando la contraindicación de técnicas analgésicas de tipo invasivo”*, indicando seguidamente que *“los criterios de tratamiento pueden cambiar de unos centros a otros”*, señalando al respecto que *“ofrecer un tratamiento intervencionista depende del médico responsable que evalúa la idoneidad de realizarlas teniendo en cuenta la posibilidad de mejoría y las posibles complicaciones, por lo que es comprensible que haya diferentes actitudes terapéuticas que pueden ser validas debido a la complejidad de este caso”*.

Así las cosas, cabe concluir en la corrección de la asistencia prestada al paciente.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la presente reclamación al no haberse acreditado infracción de la *lex artis ad hoc*.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de

quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 15 de julio de 2026

El presidente de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 445/26

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid