

Dictamen n.º: **457/26**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **15.07.26**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 15 de julio de 2026, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por la consejera de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña., a través de su representante, por los perjuicios atribuidos a la asistencia sanitaria del Centro de Salud de Eloy Gonzalo, que achaca al retraso de diagnóstico de una leucemia linfoblástica.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- La persona mencionada en el encabezamiento, mediante escrito presentado el día 14 de febrero de 2024 en el Registro del Servicio de Madrileño de Salud (SERMAS), formula reclamación de responsabilidad patrimonial por la asistencia sanitaria dispensada en el Centro de Atención Primaria de Eloy Gonzalo, y en su Servicio de Urgencias a la paciente.

Relata que, el 3 de noviembre de 2022, acudió a consulta en el centro de Atención Primaria por eventuales dolores de cabeza, de espalda alta y baja, acompañados de cólicos, y sin solicitarle analítica, su médico le recomendó acudir a un fisioterapeuta.

Continúa señalando que el 2 de diciembre de 2022, se mareó en la Universidad, por lo que acudió al Servicio de Urgencias del mismo centro de Eloy Gonzalo, sin que la doctora que le atendió solicitara prueba alguna, sino que mantuvo las consideraciones de su médico de Atención Primaria, atribuyendo como posibles causas, las contracturas musculares y el estrés.

El 9 de diciembre de 2022, acude de nuevo a urgencias por escalofríos, fiebre, dolor de cabeza intenso y malestar general, diagnosticándole un cuadro vírico y pautando antiinflamatorios.

Aduce que, en febrero de 2023, recibe asistencia en el centro de salud por una dermatitis, y le reprocha que se limitó a atenderla por ese problema, sin prestarle atención ante su insistencia por los dolores de cabeza, espalda y malestar general. Reitera visita a su médico en marzo de 2023, por estos síntomas, afirmando que no se le ofreció solución alguna, insiste en mayo de 2023, afirmando que como posibles causas le habrían indicado el sobrepeso, y finalmente, le remiten al Servicio de Neurología para examinar posibles causas de la cefalea.

En el escrito explica que, el 31 de mayo de 2023, le realizan análisis, y el 2 de junio de 2023, personal del Hospital Clínico San Carlos le contacta para repetir la analítica, siendo diagnosticada de leucemia linfoblástica aguda (LLA), permaneciendo ya ingresada en el hospital por su pronóstico grave.

A continuación, relata su evolución clínica durante los meses de junio a septiembre de 2023, período en el que se le realizan dos intentos de inducción de la leucemia para llegar a la fase de remisión completa, y finalmente, el 3 de septiembre de 2023, se le realiza el aspirado de médula ósea, con resultado favorable de *“médula ósea normo celular, con criterios morfológicos de remisión completa”*, lo que propició la realización del trasplante de médula el 26 de octubre de 2023, recibiendo el alta el 29 de noviembre de 2023.

La reclamante considera que ha existido un retraso de diagnóstico de siete meses, lo que provocó que la leucemia presentase un estadio avanzado (alcanzaba 50% de blastos en el momento de iniciar el tratamiento) en el momento de ser detectada. Por tanto, atribuye al centro de salud *mala praxis* que le ha provocado una pérdida de oportunidad, con un impacto negativo en sus posibilidades de supervivencia.

La reclamación cuantifica los daños en 62.996,90 euros, para lo que aporta informe médico pericial emitido por especialista en Medicina Interna, en Medicina Legal y Forense y Valoración del Daño Corporal, desglosando el importe del siguiente modo:

“A. Pérdida temporal de calidad de vida

Días de perjuicio moderado, $210 \times 61,89$ euros = 12.996,90 euros.

B. Pérdida de oportunidad sanitaria que causa perjuicio moral grave por pérdida de calidad de vida.

La horquilla de indemnización por perjuicio moral grave por pérdida de calidad de vida (disminución de la supervivencia en este caso) oscila entre 47.000 y 119 euros.

Tiene una indudable pérdida de calidad de vida.

El baremo aplica una indemnización a las secuelas de grandes lesionados por este motivo.

En su caso, hay una pérdida de calidad de vida por disminución de la supervivencia, puede perder la vida.

Estimo que es apropiado reclamar una indemnización de 50.000 euros”.

A la reclamación adjunta este informe médico pericial y parte de la historia clínica.

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

La paciente con veinte años de edad cuando ocurren los hechos, cuenta con antecedentes médicos relacionados con la reclamación. Presenta un primer cuadro de cefalea el 4 de mayo de 2009, siendo atendida por su médico del Centro de Salud de Eloy Gonzalo, quien la remite al Servicio de Neurología para su seguimiento.

La paciente sufre otitis media aguda el 5 de octubre de 2016 y otitis media aguda el 5 de julio de 2017.

El 27 de diciembre de 2017, la reclamante acude al Servicio de Urgencias del citado centro por malestar general, cefaleas, mialgias y fiebre. El diagnóstico es de gripe tras realizar el test de estreptococo. El 24 de octubre de 2018, acude de nuevo a consulta por cefaleas intermitentes en relación con la menstruación.

El 26 de marzo de 2019, el médico de Atención Primaria solicita una analítica tras consulta de la paciente, apreciando únicamente, un trastorno leve de coagulación sin síntomas asociados, por lo que se le emplaza a un control analítico en el plazo de dos meses, pero no consta que la reclamante lo realizara.

La paciente presenta dolor abdominal el 25 de mayo de 2021, por lo que se realiza un nuevo análisis, sin que los resultados del hemograma y de coagulación presentaran alteraciones.

El 3 de noviembre de 2022, en consulta del centro de salud es diagnosticada de infección aguda del aparato respiratorio superior y contractura cervical, recibiendo tratamiento sintomático, y se programa

consulta telefónica para el 11 de noviembre, pero tras varios intentos, no se localizó a la paciente.

El 2 de diciembre de 2022, la reclamante acude a consulta de Atención Primaria por cefalea tensional y mareo, pautándole diazepam 5. Días más tarde, el 9 de diciembre de 2022 atiende a consulta por infección respiratoria alta.

El 17 de mayo de 2023 es atendida en su centro de salud por cuadro de cefalea, momento en el que el médico solicita analítica y deriva al Servicio de Neurología para ampliar el estudio de la cefalea.

El 31 de mayo de 2023, el médico recibe alerta del hospital por los resultados de la analítica, por lo que crea el episodio Leucemia Aguda. Consigue informar a la paciente el 1 de junio tras personarse en su domicilio, ante la imposibilidad de contactar con la paciente por otra vía.

El 2 de junio de 2023, la reclamante ingresa en el hospital con sospecha de leucemia linfoblástica aguda, para confirmar el diagnóstico y, en su caso, realizar el aspirado de médula ósea y el tratamiento.

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 centro de Atención Primaria, del Hospital Clínico San Carlos y del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Consta informe de la directora del Centro Salud Eloy Gonzalo, fechado el 17 de abril de 2024, en el que se realiza un relato cronológico de toda la asistencia sanitaria prestada en el centro a la paciente, en términos similares a los descritos de forma detallada en el anterior antecedente de hecho.

Igualmente, obra en el expediente el informe de la Inspección Sanitaria, emitido el 7 de julio de 2025, según el cual califica la asistencia recibida por la paciente ajustada a la *lex artis*.

El 24 de noviembre de 2025 se notifica a la representante de la interesada, tras un intento previo el 20 de septiembre de 2025, el trámite de audiencia. En el expediente no constan presentadas alegaciones.

Por último, el 9 de junio de 2026, la viceconsejera de Sanidad y directora general del Servicio Madrileño de Salud, formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación por considerar que la asistencia sanitaria prestada fue conforme a la *lex artis*.

CUARTO.- El día 17 de junio de 2026, tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid solicitud de dictamen preceptivo en relación con el expediente de responsabilidad patrimonial aludido en el encabezamiento.

A dicho expediente se le asignó el número 431/26, y su ponencia correspondió, por reparto de asuntos, a la letrada vocal Dña. Yolanda Hernández Villalón, quien formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen que fue deliberada y aprobada por el Pleno de la Comisión Jurídica Asesora en la sesión celebrada el día reseñado en el encabezamiento.

El escrito solicitando el dictamen preceptivo fue acompañado de la documentación que se consideró suficiente.

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 persona que recibió la asistencia sanitaria.

La legitimación pasiva, corresponde a la Comunidad de Madrid ya que el daño cuyo resarcimiento se pretende, se atribuye a la asistencia prestada a un centro de salud integrado en la red sanitaria pública.

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, el 2 de junio de 2023 se le diagnostica la leucemia linfoblástica aguda y la reclamación se registra el 14 de febrero de 2024, presentándose, por tanto, dentro de plazo del artículo 67.1 de la LPAC.

En cuanto al procedimiento, se ha recabado el informe del centro de salud al que se le reprocha el retraso del diagnóstico. Asimismo, en el expediente consta el informe de la Inspección Sanitaria.

En consecuencia, 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.- Las críticas a la asistencia sanitaria recibida se centran en el retraso de diagnóstico durante siete meses. La reclamante concreta ese período entre la consulta a su médico de Atención Primaria por cefaleas, mareos y malestar general el 3 de noviembre de 2022, hasta el 2 de junio de 2023, cuando en el Hospital Clínico San Carlos le confirman los resultados de la leucemia linfoblástica aguda. Durante esos meses considera que la atención recibida por el centro de salud fue insuficiente e inadecuada, porque en ninguna de las consultas se acordó la práctica de analítica u otra prueba para verificar su estado.

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...”*.

En este caso, la reclamante a quien incumbe la carga de la prueba, aportó con la reclamación informe médico pericial emitido por especialista en Medicina Interna, en Medicina Legal y Forense y Valoración del Daño Corporal, que califica como defectuosa, la asistencia sanitaria prestada por el centro de salud durante los siete meses.

Por contra, el informe médico de la directora del Centro de Salud y en informe de la Inspección Sanitaria califican el servicio prestado conforme a la *lex artis*.

Ante la concurrencia de informes periciales de sentido diverso e incluso contradictorio en sus conclusiones, la valoración conjunta de la prueba pericial ha de hacerse, según las reglas de la sana crítica, con análisis de la coherencia interna, argumentación y lógica de las conclusiones a que cada uno de ellos llega.

En este sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 17 de febrero de 2022 (rec. núm. 77/2019) señala que, *“en estos casos es procedente un análisis crítico de los mismos, dándose preponderancia a aquellos informes valorativos de la praxis médica que, describiendo correctamente los hechos, los datos y fuentes de la información, están revestidos de mayor imparcialidad, objetividad e independencia y cuyas afirmaciones o conclusiones vengan dotadas de una mayor explicación racional y coherencia interna, asumiendo parámetros de calidad asentados por la comunidad científica, con referencia a protocolos que sean de aplicación al caso y estadísticas médicas relacionadas con el mismo. También se acostumbra a dar preferencia a aquellos dictámenes emitidos por facultativos especialistas en*

la materia, o bien con mayor experiencia práctica en la misma. Y en determinados asuntos, a aquéllos elaborados por funcionarios públicos u organismos oficiales en el ejercicio de su cargo y a los emitidos por sociedades científicas que gozan de prestigio en la materia sobre la que versa el dictamen”.

Analizados los precitados informes hemos de coincidir con el informe de la Inspección Sanitaria. El perito de la reclamante considera, en síntesis, que en la consulta de 3 de noviembre de 2022 se le debía haber prescrito una analítica a la paciente, lo que habría permitido detectar la enfermedad en una etapa precoz.

Sin embargo, como indican los informes de la directora del centro de 17 de abril de 2024 y de la Inspección Sanitaria fechado el 7 de julio de 2025, el motivo de la consulta de 3 de noviembre de 2022 fue una infección aguda del aparato respiratorio superior y contractura cervical. Por otro lado, las causas de las consultas de 2 de diciembre de 2022 y de 1 de febrero de 2023 fueron dolor cervical y lumbar, y una seborrea capitis, respectivamente. Y, finalmente, el cuadro que presentaba la paciente en la asistencia prestada por el Servicio de Urgencias del centro el 9 de diciembre de 2022 se debió a una infección respiratoria y a una otitis. En todos los casos se le pautaron los tratamientos correspondientes, conforme se recoge en la historia clínica.

En consecuencia, no consta acreditado que la asistencia sanitaria ofrecida por el centro de salud durante el período de siete meses cuestionado, no se correspondiera con las patologías que presentaba la paciente.

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.

La importancia de la fase de diagnóstico es abordada, entre otras, por 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) que afirman:

“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, es exigible realizar las pruebas 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*”.

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 nº 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».

El informe pericial de la reclamante se limita a afirmar que, si se hubiera detectado la leucemia en un estado inicial, y no en fase aguda como ocurrió, podrían haberse aplicado otros métodos curativos menos invasivos y en el caso de necesitar trasplante de médula ósea, se podría haber realizado en mejores condiciones.

Ese informe médico-pericial aportado con la reclamación, de carácter más descriptivo que analítico de la situación médica de la paciente, si bien relata las consultas médicas en el centro de Atención Primaria durante los siete meses controvertidos. no explica qué síntomas propios de la leucemia linfoblástica, lamentablemente padecida por la reclamante, habrían sido obviados por los médicos del centro de salud durante ese período. Tampoco, se describen otros síntomas que hubieran evidenciado la existencia de alguna otra enfermedad que justificara la necesidad de analítica, ni se valoran los antecedentes médicos de la paciente relacionados con las cefaleas intermitentes que padecía desde 2009 y los correspondientes estudios médicos realizados.

Por su parte, el informe de la Inspección Sanitaria señala que, los síntomas clínicos sugestivos de la leucemia linfoblástica aguda consisten en fiebre persistente, palidez, sangrados, adenopatías, dolor óseo, y alteraciones hematológicas, y entiende que *“en este caso donde la paciente padecía cefalea recurrente desde la infancia (finalmente diagnosticada de migraña), sin signos clínicos evidentes de LLA hasta los 21 años, no habría indicación clara para realizar analíticas específicas para LLA antes de que aparecieran síntomas más sugestivos. Por tanto, no se habría incumplido ninguna guía clínica ni se habría actuado de forma negligente al no realizar analíticas previas”*.

A su vez, el informe de la directora del centro de 17 de abril de 2024 detalla los antecedentes clínicos de cefaleas desde el 4 de mayo de 2009,

repitiéndose el 24 de octubre de 2018, y en 2019, momento en el que se le realizó analítica con resultados sin alteraciones significativas, salvo trastorno leve de coagulación sin sintomatología asociada. Además, la paciente debía repetir la analítica en dos meses, pero en la historia clínica no consta que lo realizara. Por último, el 25 de mayo de 2021, se vuelve a realizar analítica por dolor abdominal, con resultados de hemograma y de coagulación normales.

El citado informe del centro de salud explica a su vez, que, a raíz de la consulta de 3 de noviembre de 2022, la doctora de la paciente realizó seguimiento intentando localizarla el 11 de noviembre de 2022 vía telefónica, prescribiéndole analítica el 17 de noviembre de 2022, prueba que no consta en la historia clínica que la paciente realizara.

Finalmente, la directora del centro señala que la paciente acude a consulta por un episodio de cefalea el 17 de mayo de 2023, acordando entonces la realización de una analítica, cuyos resultados reflejaron la existencia de los valores anormales que permitieron conocer la existencia de la enfermedad.

En consecuencia, de la historia clínica y de los informes del centro de salud y de la Inspección Sanitaria se comprueba que no existían síntomas que permitieran considerar la existencia de una enfermedad como la padecida por la reclamante. Además, conviene destacar que, en todo caso, el 17 de noviembre de 2022, se le prescribió prueba analítica no cumplimentada por la paciente.

En cuanto a la leucemia linfoblástica aguda, la Inspección Sanitaria explica el desarrollo de la enfermedad, así como las fatales consecuencias derivadas de la ausencia de tratamiento que limitan la esperanza de vida a tres o seis meses, de ahí, que el informe considere que, si la paciente hubiera tenido la enfermedad en los siete meses previos al diagnóstico, sin recibir tratamiento, es muy poco probable que hubiera sobrevivido, y

concluye que no se puede asumir “que la LLA estaba presente clínicamente mucho antes sin manifestaciones hematológicas claras”.

En consecuencia, la Inspección Sanitaria finaliza considerando que *“a la luz de la relación cronológica completa y documentada, la actuación médica muestra una línea de atención continuada, con analíticas solicitadas en varias ocasiones, derivaciones, seguimiento y una respuesta rápida una vez aparecieron alteraciones objetivas”*, por lo que no aprecia mala praxis en la asistencia médica ofrecida por el centro de salud, al manifestarse la enfermedad con *“síntomas inespecíficos y sin alteraciones analíticas previas. El médico actuó con diligencia al solicitar pruebas, derivar y actuar con rapidez ante los primeros signos objetivos de alarma”*.

Esta Comisión Jurídica Asesora otorga especial relevancia al Informe de la Inspección Sanitaria 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 suma, en virtud del contenido de la historia clínica, del informe médico del centro cuestionado y, especialmente, del criterio de la Inspección Sanitaria, ante la ausencia de prueba que desvirtúe su contenido, no se considera que conste acreditado el retraso de diagnóstico reclamado, entendiendo que la actuación sanitaria ofrecida durante ese período de siete meses, se ajustó a la *lex artis*.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación ante la inexistencia de una asistencia sanitaria que vulnere la *lex artis*.

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 457/26

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid