

Dictamen n.º: **524/26**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **09.09.26**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 9 de septiembre 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 sufridos, que atribuye a un retraso en el diagnóstico de una sepsis por parte de los facultativos del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El expediente de responsabilidad patrimonial trae causa del escrito presentado por la persona citada en el encabezamiento de este dictamen el 29 de octubre de 2024 en el registro de la Consejería de Sanidad.

La reclamante indica que 28 de mayo anterior fue atendida por los facultativos del Hospital General Universitario Gregorio Marañón por malestar general y que, previamente, acudió al servicio de salud, si bien fue dada de alta al momento, sin realizarse exploración de ningún tipo. Señala que los médicos indicaron que el estado de la paciente era estable,

“cuando esa misma tarde empezó a tener complicaciones y temperaturas altas de fiebre”.

Refiere que, con posterioridad, regresó al hospital por fuertes dolores y mareos, por lo que fue atendida de urgencias e intervenida quirúrgicamente. Reprocha que hubo una falta de detección precoz de los síntomas de una sepsis, lo que provocó:

- Asistencia hospitalaria en Urgencias durante 15 días.
- Coma inducido.
- Intervención quirúrgica.
- Recuperación física, posteriormente, a lo largo de 2 semanas.

La reclamante realiza a continuación en su escrito una serie de consideraciones en relación con la prevención de la sepsis y de las infecciones y sobre su adecuado tratamiento, y señala que *“cuando un paciente acude al Servicio de Urgencias de un hospital o una ambulancia medicalizada acude a una llamada de urgencia se pone en marcha un proceso que debe ser lo más rápido y eficiente posible para diagnosticar y tratar la patología, siendo en muchos casos cuestión de horas o incluso de minutos para salvar la vida del paciente o evitar secuelas graves, hecho que no se practicó en el Hospital Gregorio Marañón”.*

El escrito indica que el alta apresurada, sin tener en cuenta la historia clínica y antecedentes de la paciente (por ejemplo, si ha acudido días antes con sintomatología similar que, pese al tratamiento, no ha desaparecido), sin dejar a la paciente en observación, sin realizar más pruebas diferenciales o sin llamar a un especialista son indicativos de una mala atención. Afirma que lo que no debe hacerse en Urgencias es dar de alta a un paciente con sintomatología que, aunque leve en ese momento, puede ser indicio de gravedad (por ejemplo, disnea,

parestesias, debilidad muscular, dolor súbito de cabeza), sin pautar las pruebas necesarias al momento, sin dejar en observación, o sin solicitar, en cualquier caso, derivación a especialistas para el análisis y seguimiento.

La reclamante solicita una indemnización por importe de 25.000 euros, y con su escrito adjunta una copia de su DNI, diversa documentación médica y varias fotografías (folios 1 a 63 del expediente).

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

Se trata de una paciente, de 32 años de edad en el momento de los hechos, sin antecedentes patológicos conocidos, fumadora y sin vacunación SARS-CoV2, que el 9 de abril de 2024 acude a Urgencias del Hospital General Universitario Gregorio Marañón por dolor abdominal en hipocondrio derecho de 2 días de evolución, con características intermitentes, principalmente asociado a la tos y a la palpación. Niega náuseas, vómitos o diarrea. Sin clínica miccional. Niega fiebre termometrada en domicilio. Niega clínica catarral. Niega traumatismo o sobreesfuerzo. No ha tomado analgésicos en su domicilio.

Exploración física:

- Constantes: temperatura 37 °C; tensión arterial 151/95 mmHg; frecuencia cardíaca 90 lpm.

- Estado general: consciente y orientada en las tres esferas, hemodinámicamente estable.

- Respiración: eupneica, sin trabajo respiratorio.

- Auscultación cardíaca: rítmica, sin soplos.

- Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado, sin ruidos añadidos.

- Abdomen: blando y depresible, levemente doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho.

- Sin signos de insuficiencia periférica.

Pruebas complementarias:

- Radiografía de tórax: sin alteraciones pleuroparenquimatosas agudas.

- Analítica sanguínea (AS): sin leucocitosis, sin aumento de reactantes de fase aguda, función renal conservada, sin alteraciones de electrolitos.

- Enzimas hepáticas: aumento de GPT/GGT/GOT, con bilirrubina normal. No hay analítica previa para comparar.

La paciente refiere ausencia de dolor en reevaluación, sin datos de alarma. Se decide alta del Servicio de Urgencias, con vigilancia domiciliaria de datos de alarma y estudio de imagen de forma ambulatoria y preferente. Juicio diagnóstico: dolor abdominal sin datos de alarma. Cólico biliar a descartar. Plan: alta.

Con fecha 28 de mayo de 2024, acude de nuevo a Urgencias del Hospital Universitario Gregorio Marañón por tos y expectoración de 5 días de evolución, junto con fiebre termometrada de hasta 40 °C. No presenta odinofagia, dolor torácico ni disnea. No hay otras alteraciones en la anamnesis por aparatos. En tratamiento con frenadol e ibuprofeno, con mejoría parcial.

Exploración física:

Temperatura: 37,4 °C.

Presión arterial: 123/82 mmHg.

Frecuencia cardíaca: 130 lpm.

Saturación de O₂: 97 % aire ambiente.

Paciente consciente, orientada, hemodinámicamente estable, eupneica, normocoloreada y normohidratada. Cabeza y cuello: faringe sin enrojecimiento ni hinchazón. Amígdalas no hipertrofiadas, sin exudado. Sin adenopatías palpables. Auscultación cardíaca: ritmo normal (AC rítmica). Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado (sonido respiratorio normal), sin ruidos añadidos. Extremidades: sin edema ni signos de trombosis venosa profunda (TVP).

Pruebas complementarias:

- Radiografía de tórax: sin alteraciones pleuroparenquimatosas agudas.
- Electrocardiograma: ritmo sinusal a 105 lpm, PR normal, QRS estrecho, sin alteraciones de la repolarización.
- Antígenos virales: negativos.

Diagnóstico: bronquitis aguda.

Síntomas: tos con expectoración, vómitos y diarrea. Pruebas: radiografía de tórax sin alteraciones, analítica normal, PCR (proteína C reactiva) baja. Tratamiento: azitromicina (antibiótico), ibuprofeno (antiinflamatorio), pectox (mucolítico). Alta con vigilancia domiciliaria.

El 30 de mayo de 2024 acude al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Infanta Leonor. Reconsulta por fiebre persistente y mal

estado general. Analítica: leucocitosis, creatinina elevada, PCR 559 mg/L.

Diagnóstico inicial: sepsis de origen digestivo, luego orientada a sepsis urinaria. Tratamiento: piperacilina-tazobactam + metronidazol (antibióticos de amplio espectro), fluidoterapia (hidratación intravenosa). Ingreso en el Área de Agudos.

Con fecha 31 de mayo de 2024, en el Servicio de Urología, se realiza TC abdominal: litiasis ureteral de 4-5 mm, con ectasia pielocalicial y signos de pielonefritis. Diagnóstico: sepsis de origen urológico secundaria a litiasis + FRA AKIN III (fallo renal agudo grave). Procedimiento: colocación de catéter doble J. Ingreso en la UCI para estabilización hemodinámica.

Entre el 2 y el 13 de junio de 2024, la paciente permanece en la UCI y en la planta de Urología/Medicina Interna del Hospital Universitario Infanta Leonor. Tratamiento antibiótico escalado: de ertapenem a meropenem + linezolid.

Evolución: mejoría clínica y analítica progresiva, descenso de PCR (de 559 mg/L a 5.6 mg/L), normalización de la función renal. Alta hospitalaria con recomendaciones: hidratación abundante, control analítico, antibiótico oral (cefuroxima), pendiente de cirugía para fragmentar litiasis.

El 17 de junio de 2024 acude a consulta de Urología del Hospital Universitario Infanta Leonor por salida parcial del catéter doble J. Procedimiento: cistoscopia y retirada del catéter sin incidencias.

TC de control: expulsión de litiasis ureteral, persisten litiasis renales no obstructivas. Plan: alta médica, inclusión en lista de espera para ureterorrenoscopia.

TERCERO.- Presentada la reclamación, se acordó 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).

Se incorporó al expediente la historia clínica y, en cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 79 y 81.1 de la LPAC, se aportó también un informe emitido el 29 de noviembre de 2024 por el jefe del Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, en el que se indica, en relación con la paciente que *“solicitó atención urgente en el Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario Gregorio Marañón el 28 de mayo de 2024, a las 21:08 horas, refiriendo un cuadro de tos y expectoración de 5 días de evolución junto a fiebre sin ninguna otra sintomatología en la anamnesis por aparatos.*

En la exploración física no se encontró ningún dato de gravedad y una vez descartados datos radiológicos de compromiso se procedió al alta el 29 de mayo de 2024 a las 00:01 horas, con una prescripción de tratamiento antibiótico, sintomático y recomendaciones de seguimiento, así como datos de empeoramiento para considerar nueva evaluación en el Servicio de Urgencias. La paciente no volvió a solicitar atención en nuestro centro.

La evaluación del proceso fue acorde a la práctica médica habitual y siguiendo las recomendaciones terapéuticas y diagnósticas habituales ante un proceso febril con focalidad respiratoria”.

Posteriormente, con fecha 27 de octubre de 2025, se emite informe por parte de la Inspección Sanitaria que, tras examinar la historia clínica, los informes emitidos en el curso del procedimiento y efectuar las oportunas consideraciones médicas, considera que la atención dispensada a la paciente fue adecuada a la *lex artis*.

Concluida la instrucción del procedimiento, y por oficio de 19 de febrero de 2026, se da traslado del expediente para alegaciones a la reclamante, sin que conste en el expediente la presentación por su parte de escrito alguno.

Finalmente, con fecha 15 de julio de 2026, la viceconsejera de Sanidad y directora general del Servicio Madrileño de Salud formula una propuesta de resolución que desestima la reclamación, al considerar que la asistencia sanitaria dispensada es conforme a la *lex artis* y el daño reclamado no resulta antijurídico.

CUARTO.- El 27 de julio de 2026 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid una solicitud de dictamen en relación con la presente reclamación de responsabilidad patrimonial.

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente al letrado vocal D. Francisco Javier Izquierdo Fabre, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora, en su sesión de 9 de septiembre 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. 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 artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), al tratarse de la persona que recibió la asistencia sanitaria que se considera incorrecta.

En lo concerniente a la legitimación pasiva para soportar la reclamación, le corresponde a la Comunidad de Madrid, ya que el daño cuyo resarcimiento se pretende se atribuye a la asistencia prestada en un centro integrado en la red sanitaria pública, el Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

En lo relativo al requisito temporal, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, que se contará, en caso de daños de carácter físico o psíquico, desde que el hecho aconteció o desde la curación o determinación del alcance de las secuelas (artículo 67.1 de la LPAC).

En este caso, la interesada reclama por la atención recibida en Urgencias entre los días 28 y 30 de mayo de 2024, de modo que la reclamación, interpuesta el 29 de octubre del mismo año, ha sido

formulada en plazo legal, con independencia de la fecha de curación o de determinación de las eventuales secuelas.

En cuanto al procedimiento, el órgano peticionario del dictamen ha seguido en su instrucción los trámites previstos en las leyes aplicables. Así, se ha recabado el informe del Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, implicado en el proceso asistencial de la reclamante, y también ha emitido informe la Inspección Sanitaria. Posteriormente, se ha dado traslado del expediente para alegaciones a la reclamante y se ha dictado la correspondiente propuesta de resolución, desestimatoria de la reclamación, que ha sido remitida, junto con el resto del expediente, a la Comisión Jurídica Asesora para la emisión del preceptivo dictamen.

Por tanto, debe concluirse que la instrucción del procedimiento ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- Como es sabido, la responsabilidad patrimonial de la Administración se rige por el artículo 106.2 de la Constitución Española, a cuyo tenor: *“Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”*. El desarrollo legal de este precepto se encuentra contenido actualmente en los artículos 32 y siguientes de la LRJSP, completado con lo dispuesto en materia de procedimiento en la ya citada LPAC.

La Sentencia del Tribunal Supremo de 25 de mayo de 2016 (recurso 2396/2014) recoge lo siguiente a propósito de las características del sistema de responsabilidad patrimonial:

“(...) el art. 139 de la LRJAP y PAC, establece, en sintonía con el art. 106.2 de la CE , un sistema de responsabilidad patrimonial : a) unitario: rige para todas las Administraciones; b) general: abarca toda la actividad -por acción u omisión- derivada del funcionamiento de los servicios públicos, tanto si éstos incumben a los poderes públicos, como si son los particulares los que llevan a cabo actividades públicas que el ordenamiento jurídico considera de interés general; c) de responsabilidad directa: la Administración responde directamente, sin perjuicio de una eventual y posterior acción de regreso contra quienes hubieran incurrido en dolo, culpa, o negligencia grave; d) objetiva, prescinde de la idea de culpa, por lo que, además de erigirse la causalidad en pilar esencial del sistema, es preciso que el daño sea la materialización de un riesgo jurídicamente relevante creado por el servicio público; y, e) tiende a la reparación integral”.

Según abundante y reiterada jurisprudencia, para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con 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 de los servicios públicos, en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran alterar dicho nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor, y d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

La responsabilidad de la Administración es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión, siendo imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

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 18 de septiembre de 2017 (recurso 787/2015), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, *“en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis, que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. Así pues, sólo en el caso de que se produzca una infracción de dicha lex artis respondería la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos por lo que deberían ser soportados por el perjudicado”*.

CUARTA.- La reclamante reprocha en su escrito un error o retraso en el diagnóstico de una sepsis, a pesar de los síntomas que, según se afirma, presentaba la paciente en sus sucesivas visitas a Urgencias del Hospital Universitario Gregorio Marañón.

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 enfermedad y si los facultativos implicados en el proceso asistencial del paciente actuaron conforme a la *lex artis* se convierte en la cuestión a examinar.

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 Sentencia del Tribunal Supremo de 16 de marzo de 2016 (recurso de casación 2228/2014) destaca que *“la asistencia sanitaria es una obligación de medios y no de resultados, de modo que no puede apreciarse responsabilidad cuando se han empleado las técnicas y los instrumentos de que se dispone. Y es precisamente lo acaecido en este caso, en el que se han ido poniendo los medios adecuados, realizando pruebas diagnósticas, acordes con lo que sugerían, desde el punto de vista médico, las diferentes dolencias del recurrente”*.

Por su parte, el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en su Sentencia de 9 de marzo de 2017 (núm. de recurso 203/2014), manifestó que *“en lo que específicamente se refiere al diagnóstico de las enfermedades que los pacientes padecen, la garantía de medios comporta que se utilicen los medios disponibles coherentemente con los síntomas y signos que presenten, y con la información relevante que faciliten”*.

Además, lo que procede es un empleo de medios ordinarios y diligencia para cerciorarse de los diagnósticos que se sospechen, sin que se exija la realización de todas las pruebas diagnósticas que pudieran llevarse a cabo, sino las adecuadas a los síntomas que presente el paciente, para su correcto tratamiento inmediato, derivación o seguimiento. En este punto cabe traer a colocación lo expresado en la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 28 de abril de 2017 (recurso 133/2014) cuando señala que *“los servicios médicos*

sanitarios públicos actúan y proponen medios diagnósticos a la vista de los síntomas que los pacientes refieren, pues no es admisible que quien entra en el Servicio de Urgencias o en otras dependencias agoten sin más indicios todas las múltiples pruebas diagnósticas y múltiples patologías sin que los síntomas que se tengan exijan su realización”.

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 la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de junio de 2017 (recurso 909/2014), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

Es, por tanto, la reclamante quien ha de probar mediante medios idóneos que la asistencia prestada no fue conforme a la *lex artis*, entendiendo por medios probatorios idóneos según la Sentencia de 15 de noviembre de 2018 del Tribunal Superior de Madrid (recurso: 462/2017) *“los informes periciales e informes técnicos incorporados a los autos y al expediente administrativo, pues se está ante una cuestión eminentemente técnica y en los cuales necesariamente debe apoyarse el tribunal a la hora de resolver las cuestiones planteadas”.*

En este sentido, y respecto de la atención sanitaria dispensada en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, no ha aportado ningún tipo de acreditación de que la atención 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, el informe del servicio afectado y, especialmente, el informe de la Inspección Sanitaria, sostienen que la atención dispensada fue conforme a la *lex artis*, adoptando la actitud que demandaban tanto los síntomas como los

resultados de las diferentes pruebas diagnósticas realizadas a la paciente.

Así, como hemos visto, la Inspección Sanitaria, tras analizar el proceso asistencial que consta en las actuaciones y los informes emitidos en el curso del procedimiento, ha considerado que la actuación asistencial prestada fue conforme a la *lex artis*.

La Inspección Sanitaria explica en su informe, en relación con las diferentes atenciones dispensadas a la paciente en sus sucesivas visitas a Urgencias del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, que el 9 de abril de 2024 la paciente consultó por un dolor abdominal en el hipocondrio derecho, sin fiebre ni clínica urinaria. Se realizó exploración completa, analítica y radiografía, todas sin hallazgos relevantes salvo leve alteración hepática. Se descartaron datos de alarma y se indicó alta con vigilancia, *“lo que se ajusta a protocolos para dolor abdominal inespecífico”*.

Por lo que atañe a la consulta de 28 de mayo de 2024, cuando la paciente acude por síntomas respiratorios (tos y fiebre), sin dolor abdominal ni síntomas urinarios, tanto la radiografía como la analítica realizada son normales y la PCR baja, de modo que, según la Inspección, se descartó *“una infección bacteriana grave. Se diagnosticó bronquitis aguda y se pautó tratamiento sintomático, conforme a guías de atención en Urgencias”*.

Por último, en lo referente a la asistencia dispensada desde el 30 de mayo en adelante, la Inspección detalla en su informe que *“la paciente presentó fiebre persistente y mal estado general, detectándose leucocitosis, PCR muy elevada y fallo renal agudo. El estudio radiológico evidenció litiasis ureteral con pielonefritis, confirmando sepsis de origen urológico. Se aplicaron medidas urgentes (antibioterapia, drenaje urinario, ingreso en UCI), siguiendo protocolos para sepsis grave”*.

Al respecto, cabe señalar que, si bien la reclamante vincula en su escrito la bronquitis padecida inicialmente con la sepsis posterior, la Inspección sanitaria indica de modo categórico en su informe que *“no existe nexo causal entre la bronquitis con PCR normal atendida el 28 de mayo y la sepsis urinaria desarrollada días después. Son procesos independientes, sin conexión anatómica ni fisiopatológica. La sepsis urinaria se desencadenó por una litiasis ureteral, condición propia de la paciente, que puede evolucionar de forma súbita y sin síntomas previos (“la sepsis urinaria no avisa”). En la visita reclamada no había clínica abdominal ni urinaria que justificara estudios urológicos”*.

En este punto, cabe recordar que, como destaca la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 26 de abril de 2018 (recurso 75/2017): *“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”*.

Todo ello lleva a la propia Inspección a concluir que *“la actuación médica fue correcta en todas las fases, ajustada a protocolos, y la complicación posterior se debió a una causa natural suficiente (litiasis), imprevisible en el contexto inicial”*.

En este sentido, 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, así su Sentencia de 24 de mayo de 2022 (recurso 786/2020), *“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”*.

Sobre la base de lo expuesto, procede reiterar, de acuerdo con el relevante criterio de la Inspección Sanitaria y lo constatado en la historia clínica, la corrección de la asistencia dispensada a la reclamante.

Por todo lo expuesto 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 a la paciente por parte de los facultativos del 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 9 de septiembre de 2026

El presidente de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 524/26

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid