

Dictamen nº: **122/19**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **04.04.19**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 4 de abril de 2019, sobre la consulta formulada por el consejero 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 al retraso de diagnóstico de un cáncer de mama en el Centro de Salud Alameda de Osuna.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El expediente de responsabilidad patrimonial trae de causa del escrito de reclamación formulado por la persona citada en el encabezamiento de este dictamen, presentado el 17 de marzo de 2017 en una oficina de Correos y registrado de entrada en el Servicio de Madrileño de Salud el día 23 de marzo de 2017.

La reclamante detalla que ha sido diagnosticada de un cáncer de mama en estadio III triple C negativo tras la realización de las pruebas diagnósticas oportunas en el Hospital Universitario Ramón y Cajal. Reprocha que antes de ese diagnóstico acudió en varias ocasiones al Centro de Salud Alameda de Osuna con un diagnóstico de mastitis

alcanzado en un Servicio de Urgencias, sin que el médico de Atención Primaria explorará o enviara a la reclamante a la Unidad de Mama, limitándose a prescribir unos antibióticos que no le reportaron ninguna mejoría. Además aduce que el citado médico no le prescribió la baja laboral de manera que tuvo que trabajar enferma.

Por lo expuesto la reclamante solicita una indemnización de 25.000 euros.

El escrito de reclamación se acompaña con diversa documentación médica relativa a la interesada (folios 6 a 15 del expediente).

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

La reclamante, de 44 años de edad en el momento de los hechos, el 7 de febrero de 2016 acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Ramón y Cajal al presentar un bulto doloroso en la mama izquierda de una semana de evolución, sin otra sintomatología. Se realizó interconsulta al Servicio de Cirugía General y Digestiva, que apreció mama indurada y dolorosa a la palpación en unión de cuadrantes internos, sin cambios cutáneos, celulitis o eritema ni signos de supuración. Se pinchó la zona tumefacta, previa anestesia local con cloreto, en 3 puntos, sin salida de material purulento. Se comentó el caso con el Servicio de Ginecología que recomendó cita en la Unidad de Mama de su área. Con el juicio clínico de mastitis de mama izquierda se dio el alta a la paciente con tratamiento antibiótico y recomendación de cita preferente en la Unidad de Mama y control por su médico de Atención Primaria.

El 8 de febrero de 2016 la interesada acudió a su médico de Atención Primaria en el Centro de Salud Alameda de Osuna con el informe del Servicio de Urgencias en el que constaba el diagnóstico de

mastitis aguda y el tratamiento antibiótico pautado así como la cita preferente en la Unidad de Mama del área de la paciente.

La reclamante acudió de nuevo al citado centro de salud el día 18 de febrero de 2016. Se anotó que persistía importante induración mamaria de aproximadamente 8 cm de diámetro, sin fiebre. Se pautó un nuevo tratamiento antibiótico durante 10 días.

El 2 de marzo de 2016 la interesada acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Ramón y Cajal por dolor y enrojecimiento de la mama izquierda, sin mejoría tras tratamiento antibiótico, con aumento de dolor y sensación distérmica. Se realizó interconsulta al Servicio de Ginecología, haciendo constar el estado de la mama izquierda y que se había indicado a la paciente que pidiera cita en la Unidad de Mama pero que no lo había hecho. En la exploración se apreció zona muy dura en mama izquierda, dolorosa al tacto, la piel no estaba erimatososa, sin zonas de fluctuación y con ganglios axilares palpables. Se realizó ecografía en la que no se vio zona susceptible de drenaje, visualizándose masa sólida. Se emitió el diagnóstico de mastitis aguda sin poder descartar otro origen. Con el juicio clínico de nódulo sólido en mama izquierda a filiar, se dio el alta con tratamiento antibiótico y la recomendación de cita preferente en Unidad de Mama para estudio y valoración de evolución.

El 3 de marzo de 2016 la reclamante acudió a su médico de Atención Primaria que anotó el resultado de la asistencia en el Servicio de Urgencias el día anterior y la cita en la Unidad de Mama para el día 9 de marzo.

La reclamante fue vista en el Servicio de Ginecología del Hospital Ramón y Cajal el 9 de marzo de 2016. En la exploración de la mama izquierda se apreciaron signos inflamatorios locales y gran masa que ocupaba la totalidad de la mama con zona más dura sólida. Se realizó

biopsia con aguja gruesa detectándose carcinoma de mama Grado III triple negativo. Realizado estudio de extensión se apreció tumoración neoplásica en mama izquierda con linfangitis y extensa afectación ganglionar axilar, supraclavicular y en cadena mamaria interna ipsilaterales y pequeños nódulos pulmonares indeterminados. Se pautó tratamiento de quimioterapia.

Constan anotaciones de seguimiento de la enfermedad en el centro de salud los días 8, 28 y 29 de abril de 2016. El día 9 de mayo de 2016 figura una anotación descrita como “*problema social*”, en la que se consigna que la médico de Atención Primaria ha comunicado a la trabajadora social la situación de dificultad sociosanitaria de la reclamante y que se intentó citar a la paciente pero no fue posible comunicar con ella. Posteriormente consta que se concertó una cita para el 12 de mayo. En esa fecha se valoró una posible prestación económica, anotándose el comentario relativo a que la madre de la paciente cobraba una pensión compensatoria de 430 euros y que la reclamante estaba separada, que había trabajado sin contrato y que carecía de pensión de jubilación. Se descartó renta mínima de inserción porque no cumplía los requisitos, y se orientó a la paciente para que intentara lograr una incapacidad permanente y solicitar discapacidad.

También figuran anotaciones posteriores de seguimiento de la enfermedad por el médico de Atención Primaria los días 3 de junio, 29 de julio y 8 de agosto. El día 11 de agosto de 2016 el médico de Atención Primaria anotó que había hablado con la Inspección acerca de la solicitud de la paciente de recibir la baja médica para solicitar ayudas sociales. Anotó que le habían explicado al médico que la paciente no podía generar bajas médicas con retroactividad, ya que no se cumplían los requisitos legales, que eran que la reclamante estuviera trabajando o en situación asimilada. El médico explicó

telefónicamente a la reclamante que debía acercarse a la Dirección General de Inspección, para realizar los trámites pertinentes.

El 17 de octubre de 2016 la reclamante se sometió a una mastectomía izquierda simple.

En marzo de 2017 la reclamante presentaba ausencia del tumor tras neoadyuvancia, con respuesta histológica completa. En esa fecha fue diagnosticada de periartritis escapulohumeral izquierda post cirugía del cáncer de mama, pautándose tratamiento rehabilitador.

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 ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la reclamante del Centro de Salud Alameda de Osuna y del Hospital Universitario Ramón y Cajal (folios 16 a 341 del expediente).

Se ha emitido informe por el médico de Atención Primaria del referido centro de salud. En el citado informe se analizan las distintas asistencias prestadas. En cuanto a la del día 8 de febrero explica que la reclamante acudió con el diagnóstico del Servicio de Urgencias, se hizo la receta del antibiótico prescrito y se comunicó a la paciente que debía acudir con el informe al Servicio de Citaciones de Atención Especializada para solicitar la cita preferente en la Unidad de Mama. En cuanto a la consulta de 18 de febrero, expone que dada la discordancia entre la evolución de la lesión y la ausencia de fiebre, recomendó a la reclamante que acudiera al Servicio de Urgencias, a lo que se mostró reticente, por lo que acordó con ella iniciar un nuevo ciclo de antibioterapia y se reiteró que debía acudir a pedir la cita preferente pautada en el Servicio de Urgencias. Expone que la

consulta del día 3 de marzo fue para la expedición de dos recetas por los nuevos antibióticos pautados el día anterior y que la reclamante le comunicó que ya tenía la cita en la Unidad de Mama para el día 9 de marzo. Subraya que en ninguna de estas consultas la interesada solicitó la baja médica y que desconocía que estuviera trabajando, pues en múltiples visitas anteriores la paciente le había manifestado su dificultad para encontrar empleo y los problemas económicos que padecían ella y su madre. El informe añade que el 8 de abril la interesada acudió para comunicarle el diagnóstico del cáncer de mama y que también le comentó que no estaba contratada en ese momento, pero que se planteaba la posibilidad de trabajar incluso durante el tratamiento quimioterápico. Explica que valorada la situación de la reclamante el 9 de mayo decidió tratar el caso con la trabajadora social del centro. Añade que en el mes de agosto, encontrándose el médico de vacaciones, la reclamante fue vista por el suplente al que solicitó la baja médica, que no pudo ser expedida según lo informado por la Dirección General de Inspección.

También figura en el expediente el informe de la Inspección Sanitaria que tras examinar la historia clínica de la reclamante, el informe emitido en el curso del procedimiento y efectuar las oportunas consideraciones médicas, señala que *“el proceso de diagnóstico y tratamiento fue ajustado a la lex artis y administrado en tiempo y forma correctos”* y además que *“la reclamante no tenía derecho a la prestación por incapacidad temporal por cuanto no se encontraba en situación de alta o asimilada, en el momento del hecho causante, a los efectos de la citada prestación”*

Una vez instruido el procedimiento se confirió trámite de audiencia. Consta en el expediente que tras un primer intento de notificación en el domicilio señalado por la interesada en su escrito de reclamación, fue devuelta por destinatario *“desconocido”* por lo que se

publicó en el Tablón Edictal único del Estado. No consta que la reclamante formulara alegaciones.

Finalmente el 28 de diciembre de 2018 el viceconsejero de Sanidad, formula propuesta de resolución que desestima la reclamación al considerar que la asistencia sanitaria dispensada fue conforme a la *lex artis*.

CUARTO.- El 8 de febrero de 2019 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 a la letrada vocal Dña. Ana Sofía Sánchez San Millán que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 4 de abril de 2019.

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 del consejero 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, dado que este procedimiento se incoó a raíz de la reclamación formulada con posterioridad a la entrada en vigor de dicha norma.

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), en cuanto que es la persona que recibió la asistencia sanitaria reprochada.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid ya que el daño cuyo resarcimiento se pretende se atribuye a la asistencia prestada por personal médico del Centro de Salud Alameda de Osuna integrado en la red sanitaria pública madrileña.

En cuanto al plazo para el ejercicio del derecho a reclamar, es de un año contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo (cfr. artículo 67.1 de la LPAC). En el presente caso, en el que se reclama por el retraso en el diagnóstico y tratamiento de un cáncer de mama, resulta de la historia clínica examinada que dicho diagnóstico se alcanzó el día 9 de marzo de 2016 y que la interesada tuvo que recibir tratamiento de quimioterapia y someterse a una mastectomía el día 17 de octubre de 2016, por lo que no cabe duda que la reclamación presentada el día 17 de marzo de 2017 se ha formulado dentro del plazo legal

En cuanto al procedimiento, no se observa ningún defecto en su tramitación. Se ha recabado informe del médico de Atención Primaria del Centro de Salud Alameda de Osuna implicado en el proceso

asistencial de la reclamante y contra quien dirige sus reproches. Consta que el instructor del procedimiento solicitó también un informe a la Inspección Sanitaria, que obra en el expediente. Tras la incorporación de los anteriores informes, se dio audiencia a la reclamante. Figura en el expediente que la notificación de dicha audiencia en el domicilio señalado por la interesada resultó infructuosa, al ser devuelta por el Servicio de Correos con la indicación de destinatario “*desconocido*”, por lo que se publicó en el Boletín Oficial del Estado al amparo de lo establecido en el artículo 44 de la LPAC. No consta que la interesada formulara alegaciones en el trámite conferido al efecto.

Por último, se ha formulado la correspondiente propuesta de resolución que ha sido remitida, junto con el resto del expediente, a la Comisión Jurídica Asesora para la emisión del preceptivo dictamen.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido 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 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.- En el caso que nos ocupa está acreditado mediante los informes médicos obrantes en el expediente, que la reclamante fue diagnosticada de un cáncer de mamá en estadio III triple C negativo

que obligó a su tratamiento mediante quimioterapia y posteriormente mediante cirugía.

La interesada alega un retraso en el diagnóstico y, consecuentemente, en el tratamiento del cáncer de mama, pues habiendo consultado a su médico de Atención Primaria en el Centro de Salud Alameda de Osuna, este no exploró a la interesada ni la envió a una Unidad de Mama especializada. Además le imputa no haber prescrito a la reclamante la correspondiente baja médica.

En este caso, de acuerdo con las alegaciones efectuadas por la reclamante, lo relevante a la hora de enjuiciar la responsabilidad patrimonial es si se produjo la omisión de medios 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 de la reclamante, 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 12

de noviembre de 2018 (recurso 309/2017), 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”*.

Partiendo de las anteriores premisas cabe considerar que la reclamante no ha aportado prueba que acredite la infracción de la *lex artis* denunciada. Por el contrario los informes médicos que obran en el expediente, contrastados con la historia clínica examinada, ponen de relieve que la actuación del médico de Atención Primaria en la asistencia dispensada a la interesada no incurrió en mala praxis. En este sentido resulta relevante lo informado por la Inspección Sanitaria, dada la importancia que en línea con la jurisprudencia solemos otorgar a su informe ya que su fuerza de convicción deviene de su profesionalidad, objetividad e imparcialidad respecto del caso y de las partes (así Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 26 de julio de 2018 (recurso 768/2016)). Pues bien, en este caso, el citado informe concluye que la asistencia dispensada a la interesada *“por parte de su médico de Atención Primaria fue correcta y ajustada a la lex artis y al resto de la normativa de aplicación”*.

De la historia clínica examinada resulta que la primera asistencia en el Centro de Salud Alameda de Osuna en relación con la patología objeto de reclamación tuvo lugar el 8 de febrero de 2016. En esa fecha la reclamante acudió con los resultados de las pruebas realizadas en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Ramón y Cajal el día anterior, donde tras la exploración de la paciente y pruebas médicas oportunas se diagnosticó a la interesada *“mastitis de mama izquierda”*. En dicho Servicio de Urgencias se pauto tratamiento antibiótico y se prescribió cita preferente con la Unidad de Mama, para continuar el estudio de la patología que presentaba la interesada por

un servicio especializado. Como explica en su informe el médico de Atención Primaria su actuación en la fecha de 8 febrero de 2016 consistió en extender la receta del medicamento prescrito, que es la razón por la que la reclamante había acudido a la consulta, y comunicar a la paciente que debía pedir cita en atención especializada, según se había pautado por el Servicio de Urgencias. De dicha primera asistencia en Atención Primaria no puede deducirse la omisión de medios que reprocha la interesada, pues no parece que fuera precisa una nueva exploración de la paciente, cuando la misma ya había sido realizada el día anterior en el Servicio de Urgencias, con la participación en dicha asistencia de dos servicios especializados como son el Servicio de Cirugía General y el Servicio de Ginecología, y además se había pautado el examen por la Unidad de Mama, lo que sin duda contribuirá a completar el estudio. Para la Inspección Sanitaria no existe ninguna actuación digna de reproche en esa primera asistencia y a esa conclusión debemos atender.

La segunda asistencia en el Centro de Salud se produjo el 18 de febrero de 2016. En contra de lo manifestado por la interesada, si consta en la historia clínica que el médico de Atención Primaria exploró a la paciente, pues se anotó la existencia “*de importante induración mamaria de aproximadamente 8 cm de diámetro*”. Dado que había transcurrido diez días desde la visita anterior y en dicha consulta la reclamante manifestó falta de mejoría, el médico de Atención Primaria prescribió un nuevo tratamiento antibiótico, actuación que la Inspección Sanitaria considera adecuada. En esa fecha la reclamante todavía no había solicitado la cita en la Unidad de Mama, como después se constató el día 2 de marzo cuando la interesada acudió al Servicio de Urgencias de Hospital Universitario Ramón y Cajal y se anotó que se había indicado a la paciente que pidiera cita en la Unidad de Mama pero que no lo había hecho. Fue en ese momento cuando la reclamante debió solicitar la cita pues cuando acudió al Centro de Salud al día siguiente, para solicitar las recetas pautadas en

el citado Servicio de Urgencias, ya informó al médico de Atención Primaria que tenía cita concertada en la Unidad de Mama para el 9 de marzo.

De lo expuesto hasta ahora cabe concluir, siguiendo el criterio de la Inspección Sanitaria que la actuación del médico de Atención Primaria fue la adecuada en función de las circunstancias y sintomatología de la reclamante, y que fue la interesada quien en uso de su autonomía como paciente demoró la citación con el servicio especializado. Por tanto, no cabe imputar ningún retraso de diagnóstico al médico de Atención Primaria, quien conforme a lo indicado por la Inspección Sanitaria dispensó a la interesada una asistencia *“correcta y ajustada a la lex artis y al resto de la normativa de aplicación”*.

Por lo que se refiere al reproche relativo a la falta de prescripción de la baja médica, la interesada, a quien incumbe la carga de la prueba no ha acreditado que concurrieran en ella las circunstancias necesarias (encontrarse en alta laboral o en situación asimilada) para que dicha baja fuera prescrita. Por el contrario de la historia clínica examinada se infiere que dichas circunstancias no concurrían. Frente a la desidia del médico de Atención Primaria reprochada por la interesada, consta en la historia clínica, que por parte de dicho facultativo se intentó que la interesada pudiera beneficiarse de algún tipo ayuda social y así obra en la historia clínica la actuación de la trabajadora social del centro de salud a instancia del médico de Atención Primaria, que según consta orientó a la reclamante para poder solicitar la incapacidad permanente. De igual modo, consta que se solicitó el asesoramiento de la Inspección Médica, que informó que la reclamante no reunía las condiciones necesarias para poder obtener la baja médica.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación formulada al no haberse acreditado mala praxis en la asistencia sanitaria dispensada por el médico de Atención Primaria del Centro de Salud Alameda de Osuna.

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 04 de abril de 2019

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 122/19

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid