

Dictamen nº: **333/22**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **31.05.22**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 31 de mayo de 2022, aprobado por unanimidad, 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 un abogado, en nombre y representación de Dña. .... y sus hijas Dña. .... y Dña. ...., por los daños y perjuicios causados por el fallecimiento de su esposo y padre, D. ...., que atribuyen al retraso de diagnóstico de una neoplasia urológica en el Hospital Universitario 12 de Octubre.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** El abogado mencionado en el encabezamiento, mediante escrito presentado el 22 de julio de 2020 en la Comunidad de Madrid, formula reclamación de responsabilidad patrimonial en la que expone que, el familiar de las interesadas padecía una hiperplasia benigna de próstata, lesión vesical, habiéndolo sido realizadas varias resecciones transuretrales con fines diagnósticos/terapéuticos. Reprocha que el paciente tuvo varios años de seguimiento por parte del Servicio de Urología del Hospital Universitario 12 de Octubre, sin

la realización de un UROTAC a pesar de la clínica variada que tenía y que afectaba mucho a su calidad de vida.

El escrito de reclamación sostiene que el esposo y padre de las reclamantes fue experimentando un empeoramiento progresivo de su clínica, así como del síndrome constitucional que padecía, pero no fue convenientemente estudiado, con el fin de llegar a un diagnóstico de certeza.

Detalla que el familiar de las interesadas acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario 12 de Octubre en numerosísimas ocasiones por hematuria y dolores abdominales y costales, sin que le realizaran pruebas diagnósticas efectivas, como una RM contraste, que, según las reclamantes, hubiese sido necesaria y urgente pues claramente tenía síntomas evidentes de progresión de enfermedad oncológica: dolor y síndrome constitucional de años de evolución.

El escrito de reclamación recalca que las guías clínicas aconsejan, que la demora entre el diagnóstico y la cirugía no debe ser mayor de 3 meses, y que en este caso hizo que la progresión del tumor empeorase el pronóstico de forma muy ostensible. Sostiene que, desde el diagnóstico de sospecha, pasaron más de dos años hasta su fallecimiento.

Por ello, el escrito de reclamación reprocha que la no realización de pruebas diagnósticas para detectar y abordar la enfermedad tumoral que sin lugar a dudas padecía el familiar de las reclamantes, derivó en *exitus* de forma precipitada y sin un diagnóstico de evidencia, suponiendo el avance de la enfermedad una merma en las posibilidades de superar con éxito la patología del paciente, ya que debió tratarse de un tumor muy agresivo e infiltrante. Añade que hubiese sido necesaria la realización de autopsia con el fin de saber las causas del fallecimiento, lo cual fue negado a la familia, argumentándose que ese asunto se debía llevar mediante

procedimiento judicial, algo que consideran que no es cierto, y que debe ser realizado en el centro hospitalario público, por lo que consideran que las causas del fallecimiento “*han quedado sospechosamente sin esclarecer*”.

Por todo lo expuesto, las interesadas reclaman una indemnización de 169.447 euros, desglosados en 113.056 euros para la esposa y 28.193 euros para cada una de las hijas.

El escrito de reclamación se acompaña con copia de la escritura de poder otorgada por las interesadas a favor del abogado firmante del escrito de reclamación; el libro de familia del paciente fallecido; el certificado de defunción y diversa documentación médica relativa a la asistencia sanitaria reprochada (folios 1 a 125 del expediente).

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

El familiar de las reclamantes, nacido en el año 1941, se encontraba en seguimiento en el Centro de Salud Las Calesas desde el año 2003 por síntomas del tracto urinario inferior y en el Servicio de Urología del Centro de Especialidades Pontones por síntomas miccionales del tracto urinario inferior atribuibles a hiperplasia benigna de próstata.

En septiembre de 2015 se propuso resección transuretral de próstata, que tuvo una evolución postquirúrgica sin incidencias y con resultado anatomopatológico de citología negativa para células malignas. Constan numerosas pruebas realizadas al paciente en fechas posteriores por el Servicio de Urología del Hospital Universitario 12 de Octubre (28 de octubre de 2015 cistoscopia que no impresiona de carcinoma in situ; estudio de urodinamia en noviembre de 2015; uretrocistografía retrógrada hiper miccional, el 3 de diciembre de 2015

observándose una obstrucción del tracto urinario inferior; nuevo estudio de urodinamia en marzo de 2016, que muestra obstrucción y ecografía/biopsia prostática el 8 de junio de 2016).

Ante la persistencia de síntomas urinarios y la presencia de indicios de obstrucción en los estudios previos, el 19 de octubre de 2016 se realiza una nueva resección transuretral prostática. El paciente tuvo que ser reintervenido para revisar hemostasia el día 20 de octubre de 2016. Los resultados de Anatomía Patológica mostraron fragmentos con signos de hiperplasia nodular, sin evidencia de malignidad. La evolución fue favorable en los meses posteriores al desaparecer la hematuria que presentó inicialmente.

El día 10 de febrero de 2018 el familiar de las reclamantes acudió al Servicio de Urgencias Hospital Universitario 12 de Octubre, tras caída casual, presentando una fractura pertrocanterea, que precisó cirugía realizada el 16 de febrero de 2018, realizándose enclavado endomedular proximal.

El día 9 de octubre 2018 el paciente es visto en el Servicio de Traumatología del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz por continuar con dolor en la cadera izquierda. Se hace constar que refiere pérdida de peso reciente (6 kg) con anorexia. Se solicitó valoración por el médico de Atención Primaria para completar estudio de síndrome constitucional.

El día 16 de octubre de 2018 el familiar de las reclamantes es visto por su médico de Atención Primaria. Se anota: *“Según informe de traumatología de la FJD donde es revisado por la FX pertrocanterea, tiene pérdida de peso y anorexia y pide estudiar S. Constitucional por parte del médico de Familia. No adenias, pero si palpo nódulos de consistencia dura y de 1-2 cm en ingles derecha e izquierda más numerosos en ingle izquierda que el paciente dice tener desde hace años. Juicio clínico: S. Constitucional (perdida de 6 kg en 8 meses) +*

*(anorexia)+pérdida de fuerza + hace ejercicio paseo 2-3 horas + adenopatías inguinales izquierdas. Plan: Analítica + RX de tórax”.*

En la consulta de 5 de noviembre de 2018 de Atención Primaria consta: *“Llega resultado día 5 de noviembre de analítica y Rx de tórax. Rx: similar a previo. Atrapamiento aéreo leve con engrosamiento apical bilateral pinzamiento seno costofrénico derecho estable, sin otras alteraciones. Analítica. Serologías negativas, hemograma normal. Bioquímica normal incluida hepática, leve elevación LDH. Iones normales, hierro ferritina normales, proteína C normal, proteinograma normal, PSA normal. Orina normal. Juicio Clínico: S Constitucional con primeras pruebas normales. Plan comprobar pérdida de peso y valorar eco o remitir a Medicina Interna”.*

El 11 de diciembre de 2018, el médico de Atención Primaria anota lo siguiente: *“Llega resultado de ecografía abdominal que demuestra: 1. Quiste simple cortical de 4 cm en polo superior de riñón derecho y quiste sinusal de 2 cm en riñón izquierdo. 2. Imagen de litiasis renal en polo superior de riñón derecho sugestiva de litiasis. 3. Gran impronta vesical de la próstata y vejiga de lucha. La PSA (antígeno prostático específico) en analítica reciente era normal”.* Al día siguiente, el médico de Atención Primaria hace constar que el paciente viene a por recetas y no comenta nada sobre el resultado de la ecografía ni de la pérdida de peso. Dados los resultados, se propone como plan actuar según se encuentre el paciente y si sigue con pérdida de peso valorar interconsulta a Medicina Interna.

El día 26 de diciembre de 2018 se realiza una uretrocistografía retrógrada por el Servicio de Urología del Hospital Universitario 12 de Octubre en la que no se aprecia estenosis uretral significativa. Vejiga de esfuerzo. Cambios por resección. Residuo postmiccional. En analítica realizada el 21 de marzo de 2019 consta PSA: 0.67 ng/ml. El 18 de junio de 2019 presenta clínica miccional irritativa y chorro flojo.

Urgencia con incontinencia. Refiere disfunción eréctil y solicita tratamiento. Se realiza una cistouretrografía miccional seriada. Con el diagnóstico principal de hiperplasia benigna de próstata, se ajusta el tratamiento.

El día 1 de julio de 2019 el familiar de las reclamantes acude al Servicio de Dermatología del Hospital Universitario 12 de Octubre, por presentar pápulas eritematosas anaranjadas que confluyen en flancos. Se pidió interconsulta con Hematología donde fue visto el 11 de julio de 2019 que no vio datos de síndrome mielodisplásico ni alteración hematológica.

El paciente también estaba en seguimiento por el Servicio de Reumatología, donde fue visto el 26 de agosto de 2019 por dolor axial mecánico. Se indicó control con analítica y densiometría.

El día 21 de septiembre de 2019 acude al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario 12 de octubre por dolor abdominal y regresa el día 26 por dolor de flanco izquierdo a estudio. Se ajusta tratamiento analgésico y se indica seguimiento y valoración por parte de su médico de familia.

El día 16 de octubre 2019 el paciente es visto en el Servicio de Urología del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, por mala calidad miccional y dolor crónico en ano y pelvis. Se pauta ecografía y análisis de PSA.

El día 18 de octubre 2019 el paciente acude a su médico de Atención Primaria por dolor en región lumbosacra. Se emite el juicio clínico de lumboartrosis probable. Se dan consejos para la columna lumbar más tramadol /paracetamol.

El 4 de diciembre de 2019 acude al Servicio de Urología del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Se hace constar PSA

1,95 y el resultado del TAC con hallazgos compatibles con quiste sobreinfectado vs pielonefritis con caliectasia en el polo superior del riñón derecho. Adenopatías retroperitoneales que podrían ser reactivas sin descartar otras posibilidades. Se recomienda al menos control e interconsulta con Medicina Interna.

El día 17 de diciembre de 2019 el familiar de las reclamantes acudió a su médico de Atención Primaria por dolor en la axila izquierda, dolor de columna y flojedad. Se emite el juicio clínico de dolor torácico mecánico más astenia. Se solicita RX de tórax.

El paciente vuelve a su médico de Atención Primaria el 7 de enero de 2020 por dolor generalizado, “*dolor que le hace casi llorar*”. El juicio clínico es de algias generalizadas/astenia/PCR elevada. Anemia normocítica. Se pide interconsulta a Medicina Interna muy preferente y se pide RX de columna dorsal.

El día 15 de enero 2020 el paciente acude a las consultas de Medicina Interna del Hospital Universitario 12 de octubre por dolor difuso óseo de predominio en tórax, así como síndrome constitucional de 1,5 meses. El paciente tiene muy mal control del dolor. Se solicita analítica completa, sangre oculta en heces dada la anemia ferropénica, serologías, TAC toracoabdominopélvico preferente y gammagrafía ósea. El diagnóstico principal es síndrome constitucional acompañado de dolor óseo difuso intenso a estudio.

El día 17 de enero de 2020 el paciente regresa a las consultas de Medicina Interna por empeoramiento de su sintomatología, mal estado general. Caquéctico y coloración cetrina. La impresión diagnóstica es de síndrome constitucional, con alta sospecha de neoplasia avanzada con metástasis óseas.

Se solicita PET-TC en vez de gamma ósea (la tiene citada para mediados de febrero), y analítica de ingreso. Además, se intenta adelantar el TC Body citado para el miércoles 22. A las pocas horas, avisan a Reanimación. El paciente se encuentra hipotenso, inconsciente, sin pulso. Se encuentra en parada cardiaca recibiendo masaje cardiaco. Se continúan maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada convencionales, que se prolongan sin éxito durante 45 minutos. Impresiona ante la disociación eléctrica, en paciente con sospecha oncológica, que haya sido un evento tromboembólico. El familiar de las reclamantes fallece a las 14:15 horas.

En el certificado de defunción consta como causa inmediata de la muerte, parada cardiorrespiratoria; como causa intermedia, tromboembolismo pulmonar y como causa inicial o fundamental, síndrome constitucional a estudio.

**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).

Consta en el expediente que se comunicó el inicio del procedimiento al Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, que remitió la historia clínica del familiar de los reclamantes que obra en los folios 133 a 226 del expediente. De igual modo, se ha incorporado al procedimiento la historia clínica del Centro de Salud Las Calesas (folios 227 a 257).

El día 19 de enero de 2021 el abogado de las reclamantes solicitó que se le remitiera copia de todo lo actuado hasta ese momento, y especialmente la historia clínica completa del paciente fallecido, así como el seguro de responsabilidad civil del Hospital Universitario 12 de Octubre.

A continuación, obra en el procedimiento la historia clínica remitida por el Hospital Universitario 12 de Octubre (folios 262 a 558) y los informes de los servicios de Urología y de Medicina Interna del citado centro hospitalario.

En el informe del Servicio de Urología de 3 de febrero de 2021 se expone que del estudio urológico del paciente se desprende en los 6 últimos años la presencia de una hiperplasia benigna de próstata, sometida a 2 tiempos de resección transuretral (2015 y 2016), destacando la presencia residual de síntomas miccionales persistentes que fueron evaluados, de manera repetida hasta septiembre de 2019, mediante anamnesis, estudios ecográficos, estudios radiológicos, estudios urodinámicos y estudios endoscópicos directos. Destaca que, tras todas las pruebas realizadas en ningún momento se sospechó la presencia de una patología tumoral vesical ni lesión vesical como expone la reclamación. Además, subraya la normalidad de todos los PSAs del paciente que descartaron la sospecha de cáncer de próstata y dos histologías quirúrgicas confirmaron su ausencia. Recalca que el último PSA del paciente unos meses antes del *exitus* era de 0.67, rango que hace insospechable la subyacencia de una neoformación prostática maligna.

El informe añade que la causa fundamental del deterioro del paciente, su síndrome constitucional, pérdida de peso y dolores óseos, es atribuible a muy distintos escenarios. Aunque en medicina, como es conocido, es imposible atribuir una causalidad máxima de fiabilidad, el informe indica que no parece que el origen del mismo fuera una neoplasia urológica a tenor de todos los estudios realizados al paciente por el Servicio de Urología en los meses y años previos. Asimismo, destaca que no se encuentra en la historia clínica del paciente datos de hematuria.

El informe refiere que, en una anamnesis como la referida por el paciente en consulta de Urología, entiende que han sido las exploraciones y pruebas realizadas han sido las justas y necesarias y que en ningún escenario como el referido están indicados otras pruebas diagnósticas adicionales de un dudoso valor. Recalca que la solicitud de una RM contraste, como sostiene la reclamación, no se atiene a ningún criterio diagnóstico de ninguna guía de práctica clínica actual.

Por último, el informe destaca que durante todo el estudio evolutivo del paciente no se ha sospechado la presencia de una enfermedad tumoral de origen urológico en momento alguno y que, aunque lamenta profundamente el *exitus* del paciente, tras el análisis exhaustivo de la historia clínica, considera que no se ha producido un mal funcionamiento, ni dejación de asistencia por su parte.

Por su parte, el informe del Servicio de Medicina Interna expone que el primer contacto con el paciente se produjo el día 15 de enero de 2020, remitido por su médico de Atención Primaria para estudio de un cuadro de dolores óseos generalizados y síndrome constitucional con hiporexia y pérdida de unos 5-7 Kg de peso. En esa primera consulta, ante la sospecha de un tumor oculto se solicitó, entre otras exploraciones, un TAC body (citado para el día 22 de enero de 2020) y una gammagrafía ósea (citada para el día 12 de febrero de 2020), si bien dos días después de la consulta, el paciente acudió al Servicio de Urgencias por empeoramiento de su sintomatología (sobre todo en lo referente a los dolores óseos), ingresando a cargo del Servicio de Medicina interna para control sintomático del dolor y estudio de una posible neoplasia.

El informe continúa explicando que durante la mañana del día 17, el familiar de las reclamantes fue historiado y re-explorado, confirmándose el diagnóstico de sospecha de enfermedad neoplásica,

ajustando el tratamiento analgésico y solicitando el adelanto del TAC body, citado inicialmente para el día 22. A las pocas horas de esa valoración, las enfermeras avisan por hipotensión, coma y ausencia de pulso, por lo que se activó el protocolo de parada cardio-respiratoria, que fue atendida por la Unidad de Cuidados Intensivos, sin que las maniobras de resucitación cardio-pulmonar avanzadas durante 45 minutos tuvieran éxito. Durante ese tiempo se le realizó un ecocardiograma que descartó derrame pericárdico y una toracocentesis que descartó derrame pleural o neumotórax a tensión. Refiere que ante la presencia de una parada cardio-respiratoria brusca con disociación electro-mecánica, la primera posibilidad diagnóstica fue tromboembolismo pulmonar masivo, descartándose otras causas que justificaran ese hallazgo.

El informe explica que por parte del médico responsable no se consideró necesaria la práctica de una autopsia clínica, dado la existencia de un diagnóstico de alta probabilidad tanto de la causa inmediata de la muerte como de la causa principal del padecimiento del enfermo y tampoco la familia del paciente sugirió, en ningún momento, la práctica de dicho procedimiento.

Por último, destaca que en su opinión, sin que haya podido ser confirmada, el paciente padecía probablemente una enfermedad tumoral avanzada, tal como se sospechó en la consulta del día 15 de enero, iniciándose un estudio ambulatorio para conseguir un diagnóstico lo más rápido posible, pero en las siguientes 48 horas el paciente ingresó por empeoramiento del dolor, desarrollando una parada cardio-respiratoria brusca en las primeras horas de su ingreso, sin que las maniobras de resucitación avanzadas fueran capaces de revertir un desenlace fatal.

El 16 de julio de 2021 emite informe la Inspección Sanitaria que tras analizar la historia clínica y los informes emitidos en el curso de

procedimiento así como realizar las oportunas consideraciones médicas sobre la hiperplasia benigna de próstata y el síndrome constitucional, destaca que la interconsulta a Medicina Interna por parte de Atención Primaria se realizó 15 meses después de haberse detectado el síndrome constitucional, esto es, desde el 16 de octubre de 2018 hasta el 7 de enero de 2020 y concluye que *“las actuaciones efectuadas por esta inspectora médico permiten concluir que la asistencia sanitaria prestada a (...), y en relación directa con la falta de derivación oportuna al Servicio de Medicina Interna para el estudio del síndrome constitucional que padecía, se corresponde con la vulneración de la “lex artis” médica”*.

Tras la emisión del informe de la Inspección Sanitaria, se ha incorporado al procedimiento el informe de 17 de octubre de 2021 del médico de Atención Primaria del Centro de Salud Las Calesas en el que explica que el paciente acudió con informe del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz en el que se solicitaba estudio por pérdida de peso a finales de 2018. Destaca que se realizó anamnesis por órganos y aparatos, no presentando síntomas digestivos, ni respiratorios, ni de otro tipo salvo síntomas del tracto urinario inferior en paciente con problemas de próstata previos ya conocidos. También se realizó exploración física por órganos y aparatos, con auscultación cardiopulmonar y exploración abdominal que resultaron normales. Indica que sí se observaron adenias inguinales (que el paciente presentaba, según refirió desde hace años y que en la historia clínica consta fueron estudiados por el Servicio de Hematología ya en 2014, sin datos suficientes para diagnóstico definitivo). Refiere que el paciente no presentaba antecedentes de hábitos tóxicos (no fumador, no bebedor). Y que refirió pérdida de peso de 6 Kg en unos 8 meses. El informe señala que por todo ello y para completar el estudio, se solicitó analítica completa de sangre y orina y radiografía de tórax en dos proyecciones. Dice que la analítica resultó normal [no había anemia, ni alteración de reactantes de fase aguda

(ferritina y proteína C reactiva normales)], con perfiles renales, hepáticos, perfil tiroideo, PSA normal, y vitaminas normales entre otros. Señala que se le pidió, además, ecografía abdominal completa, que resultó normal, excepto la impronta prostática vesical compatible con su problema prostático. El informe expone que ante estos hallazgos se decidió ver evolución y actuar según la misma, de acuerdo con el paciente, y al tiempo seguir con las revisiones de Urología que tenía próximamente y de forma periódica.

El informe del médico de Atención Primaria continúa explicando que, a lo largo de 2019, acudió a la consulta por múltiples motivos: realización de informes médicos, atención a algunas infecciones respiratorias altas, cuadro de dermatitis por el cual se consultó al Servicio de Dermatología del Hospital, revisión de los tratamientos crónicos que realizaba, y se volvió a derivar a Urología en julio de 2019 por persistencia de los síntomas urinarios. Destaca que se realizó al menos una nueva analítica en marzo de 2019 que no reveló datos relevantes de nuevo y también se revisaron con el paciente los informes de las visitas que realizaba tanto a los servicios de Urología, como de Dermatología como las de Urgencias del hospital también por diversos motivos. El informe destaca que en este periodo el paciente no presentó quejas sobre pérdida de peso ni anorexia y, de hecho, el control del peso en la consulta mostró un incremento, así fue de 59 kilos en octubre de 2019 y de 57,6 kilos en noviembre de 2018.

El informe explica que, a finales de 2019, acudió por un cuadro de dolor generalizado, anorexia y pérdida de peso de unas cuatro semanas previas. En ese momento se decidió derivar al paciente a Medicina Interna del hospital con máxima preferencia y, para ir ganando tiempo, se solicitó nueva analítica, Rx dorsolumbar y nueva Rx de tórax, que era la región de mayor dolor.

Tras la incorporación al procedimiento del informe del médico de Atención Primaria se dio traslado a la Inspección Sanitaria que emitió informe el 2 de marzo de 2022, en el que indica que examinado el informe del médico de Atención Primaria en el que se detalla el seguimiento realizado al paciente, el cual ha sido posteriormente constatado, *“se evidencia por la historia clínica del SERMAS a nuestro alcance, como por la información obtenida por los servicios implicados en la asistencia sanitaria y de la revisión bibliográfica anteriormente desarrollada y en relación directa con los hechos reclamados, una actitud asistencial ajustada a la buena práctica clínica, tanto en la evaluación y seguimiento del paciente como en la aplicación de las medidas terapéuticas necesarias”* así como que *“la asistencia sanitaria prestada a (...), ha sido correcta de acuerdo a lex artis”*.

Una vez instruido el procedimiento, se confirió trámite de audiencia a las reclamantes que el día 18 de abril de 2022 formularon alegaciones en las que incidieron en los términos de su reclamación inicial y destacaron las conclusiones del primer informe de la Inspección Sanitaria para recalcar que ha existido un retraso y por lo tanto una pérdida de oportunidad en el diagnóstico y tratamiento de la tumoración urológica que presentaba el paciente, en una relación causal directa entre dicho retraso y el fallecimiento.

Finalmente, el 29 de abril de 2022, se formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio de la reclamación formulada al considerar que la asistencia sanitaria prestada fue correcta y ajustada a la *lex artis*.

Consta en el expediente que las reclamantes han interpuesto recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta de su reclamación que se sigue en el Tribunal Superior de Justicia de Madrid (Procedimiento ordinario 458/2021).

**CUARTO.-** El día 17 de marzo de 2022 tuvo entrada en esta Comisión Jurídica Asesora la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada contra la Comunidad de Madrid.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada con el nº 303/22, 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 31 de mayo de 2022.

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 por 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 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.

Las reclamantes ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, conforme a lo dispuesto en el artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la LRJSP, al sufrir el daño moral causado por el fallecimiento de su familiar. Se ha acreditado debidamente en el procedimiento la relación de parentesco que ligaba a las reclamantes con el paciente fallecido mediante copia del libro de familia. Las interesadas actúan en el procedimiento mediante un abogado que ha aportado al expediente el poder de representación que ostenta de las reclamantes.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid ya que el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado por el Centro de Salud Las Calesas y el Hospital Universitario 12 de Octubre, centros sanitarios integrados en la red sanitaria pública madrileña.

En lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 de la 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. 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, en el que se reclama por el fallecimiento del esposo y padre de las reclamantes, lo que aconteció el 17 de febrero de 2020, dicha fecha constituye el *dies a quo*, por lo que cabe reputar formulada en plazo la reclamación presentada el 22 de julio de 2020.

En cuanto al procedimiento seguido en la tramitación de la reclamación de responsabilidad patrimonial, se observa que en cumplimiento del artículo 81 de la LPAC se ha emitido informe por los servicios de Urología y de Medicina Interna del Hospital Universitario 12 de Octubre y por el médico de Atención Primaria implicado en el proceso asistencial del paciente fallecido. También se ha incorporado al procedimiento la historia clínica del familiar de las reclamantes y se ha emitido informe por la Inspección Sanitaria con el resultado expuesto en los antecedentes de este dictamen. Asimismo, se confirió trámite de audiencia a las interesadas que formularon alegaciones en los términos anteriormente expuestos. Finalmente se ha formulado propuesta de resolución en sentido desestimatorio de la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada.

De lo expuesto cabe concluir que el procedimiento ha sido adecuadamente tramitado sin que haya omitido ningún trámite que resulte esencial o imprescindible para resolver.

**TERCERA.-** La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 106.2 de la Constitución Española y 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.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada de la que es exponente la Sentencia del Tribunal Supremo de 21 de marzo de 2018 (recurso núm. 5006/2016), 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 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 porque el criterio de la actuación conforme a la denominada *lex artis* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios.

Así, el Tribunal Supremo, en doctrina reiterada en numerosas ocasiones (por todas, la Sentencia de 15 de marzo de 2018, RC 1016/2016) ha señalado que *“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 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, por lo que si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido ya que la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados”.*

**CUARTA.-** Del breve resumen de los presupuestos de la responsabilidad patrimonial incluidos en la consideración jurídica precedente, se deduce que no cabe plantearse una posible responsabilidad de la Administración sin la existencia de un daño real y efectivo a quien solicita ser indemnizado. En este caso, ya hemos adelantado la existencia del daño moral de los reclamantes por el solo hecho del fallecimiento de su familiar, “*daño moral cuya existencia no necesita prueba alguna y ha de presumirse como cierto*” (Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de noviembre de 2004 –recurso 7013/2000- y en similar sentido la Sentencia de 25 de julio de 2003 –recurso 1267/1999-, entre otras) y que jurisprudencia consolidada ha admitido como supuesto de lesión indemnizable (Sentencias del Tribunal Supremo de 27 de noviembre de 1993 -recurso 395/1993-, 19 de noviembre de 1994 –recurso 12968/1991- y 28 de febrero de 1995 -recurso 1902/1991-), aunque de difícil valoración económica.

La existencia de un daño, sin embargo, no es suficiente para declarar la existencia de responsabilidad, por lo que ha de analizarse si concurren los demás requisitos necesarios para apreciarla.

Como hemos visto en los antecedentes, los interesados alegan un retraso en el diagnóstico de la patología oncológica que entienden padecía su familiar, por falta de las pruebas diagnósticas necesarias, considerando que transcurrieron más de dos años desde el diagnóstico de sospecha, por lo que sostienen que hubo una pérdida de oportunidad en el diagnóstico y tratamiento.

En este caso, de acuerdo con las alegaciones efectuadas por los reclamantes, 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 los interesados, 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 5 de noviembre de 2019 (recurso 886/2017).

En este caso, las alegaciones de los reclamantes no encuentran respaldo en prueba alguna que acredite la existencia de mala praxis por los servicios sanitarios implicados en el proceso asistencial de su familiar. Como es sabido, y así lo destaca, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2020 (recurso 829/2017) *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica y este Tribunal carece de los conocimientos técnicos-médicos necesarios, por lo que debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos, bien porque las partes hayan aportado informes del perito de su elección al que hayan acudido o bien porque se hubiera solicitado la designación judicial de un perito a fin de que informe al Tribunal sobre los extremos solicitados”*. Por el contrario, los informes médicos que obran en el expediente, contrastados con la historia clínica examinada ponen de manifiesto que la asistencia sanitaria dispensada fue conforme a la *lex artis*.

Según resulta de la historia clínica examinada, el familiar de las reclamantes se encontraba afectado por una hiperplasia benigna de próstata de larga evolución que había venido siendo tratada principalmente por el Servicio de Urología del Hospital Universitario 12 de Octubre. La historia clínica muestra un seguimiento exhaustivo de la patología urológica del paciente por parte del mencionado servicio, durante los seis años anteriores a su fallecimiento, con la realización de estudios ecográficos, radiológicos, urodinámicos y endoscópicos, así como la práctica de dos resecciones transuretrales prostáticas. El informe del Servicio de Urología del Hospital Universitario 12 de Octubre, implicado en la asistencia del familiar de las reclamantes, destaca el resultado normal de todas las pruebas realizadas que en ningún momento mostraron la presencia de una patología tumoral vesical, que además fue descartada por la

normalidad de todos los PSAs realizados y las dos histologías quirúrgicas que confirmaron su ausencia. El informe incide en que las pruebas realizadas fueron las adecuadas sin que estén indicadas otras pruebas adicionales, como demandan los reclamantes sin apoyo en criterio científico alguno. Así subraya que la RM de contraste que reprochan las interesadas no se atiende a ningún criterio diagnóstico recogido en las guías de práctica clínica actual.

En este punto cabe recordar, como hemos señalado reiteradamente, que 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”*.

La Inspección Sanitaria también ha destacado el estudio exhaustivo del paciente por parte de múltiples especialistas y el gran número de pruebas diagnósticas a la que fue sometido, si bien en el primer informe emitido cuestionó el retraso en el estudio del síndrome constitucional del paciente, destacando que detectado el 9 de octubre de 2018 por el Servicio de Traumatología del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz y visto el paciente por el médico de Atención Primaria el 16 de octubre de 2018, este tardó 15 meses en realizar una interconsulta al Servicio de Medicina Interna. No obstante, tras la

emisión de ese primer informe de la Inspección Sanitaria, se incorporó al procedimiento el informe del médico de Atención Primaria implicado en el proceso asistencial del familiar de las reclamantes que dio una cumplida explicación del seguimiento realizado del posible síndrome constitucional del enfermo. Así, el informe destaca la exploración física realizada al paciente con resultados normales, salvo la presencia de unas adenopatías inguinales que el paciente refirió padecer desde hace años y que ya habían sido estudiadas por el Servicio de Hematología. Como consta en la historia clínica del centro de salud, en la citada consulta de 16 de octubre de 2018, el médico de Atención Primaria pautó la realización de analítica y Rx de tórax, que arrojaron resultados normales. Además, también se realizó una ecografía abdominal que resultó normal salvo la impronta prostática vesical compatible con su problema prostático. Las pruebas pautadas se corresponden con las detalladas por la Inspección Sanitaria en su informe al analizar las pruebas generales que están normalizadas en Atención Primaria para el estudio del síndrome constitucional. Según lo informado por el médico de Atención Primaria, los resultados normales de las indicadas pruebas, unido a que el paciente en consultas posteriores no mencionó síntomas relacionados con el síndrome constitucional, incluso experimentando una mejoría puesta de manifiesto con el incremento de peso del familiar de las reclamantes, hizo que no se pautara la derivación a un servicio más especializado como el de Medicina Interna para completar el estudio, hasta que se produjo un agravamiento de la sintomatología a finales de 2019.

Las explicaciones dadas por el médico de Atención Primaria, contrastadas con la historia clínica examinada hacen que la Inspección Sanitaria haya emitido un segundo informe en el procedimiento en el que concluyó que la asistencia sanitaria fue correcta y de acuerdo a la *lex artis*, y a esta conclusión es a la que

debemos atender, en contra de la postura mantenida por los reclamantes que únicamente tienen en cuenta las conclusiones del primer informe que fue emitido sin contar con las explicaciones del médico de Atención Primaria corroboradas por la historia clínica.

Por tanto, a falta de otra prueba aportada por los interesados, debemos rechazar que se produjera el retraso diagnóstico reprochado, teniendo en cuenta lo informado en el procedimiento y en particular el relevante criterio de la Inspección Sanitaria, ya que como hemos señalado reiteradamente, actúa con imparcialidad, objetividad y profesionalidad, como ha puesto de manifiesto el Tribunal Supremo en multitud de sentencias, entre ellas la dictada el 11 de mayo de 2021 (recurso 6479/2020) y el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, así su Sentencia de 23 de diciembre de 2021 (recurso 980/2020).

Por último, en cuanto al reproche que efectúan en relación con la autopsia cabe señalar que, como hemos dicho en anteriores dictámenes (así el Dictamen 374/18, de 10 de agosto, entre otros), de acuerdo con la legislación reguladora de las autopsias clínicas no existe un derecho de los familiares a su realización, sino que resulta potestativo para la Administración, quien podrá realizarla cuando concurren una serie de criterios previstos en el artículo 6.2 del Real Decreto 2230/1982, de 18 de junio, por el que se desarrolla la Ley 29/1980, de 21 de junio, reguladora de las Autopsias Clínicas. No hay en la normativa referenciada ningún derecho de los familiares del fallecido o del paciente antes de su fallecimiento a instar la realización de la autopsia, tan solo a autorizar su realización. Así no hemos hecho eco de la Sentencia 553/2002, de 21 de junio, del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco en la que se recoge que *“no existiendo ese derecho a la información invocado por la actora, del que la autopsia no es sino un instrumento, el daño consistente en el desconocimiento de las causas concretas del óbito, o para ser más exactos, del motivo desencadenante de la parada cardiorrespiratoria, causa cierta del*

*fallecimiento, no puede ser calificada como perjuicio indemnizable, al estar el usuario obligado a soportarlo” y añade que “resulta indiscutible y así se señala en el dictamen pericial, que el informe de autopsia habría clarificado el porqué de esa parada cardiorrespiratoria, más su práctica no es un deber impuesto a la Administración Sanitaria, que, conforme se indica en el artículo sexto, apartado dos del Real Decreto 2230/1982, de 18 de junio, sobre Autopsias Clínicas, podrá realizarse cuando sea técnicamente posible y exista un interés médico en base a tres supuestos que enumera (...)”.*

En este caso, los servicios médicos han descartado la necesidad de realizar la autopsia dada la existencia de un diagnóstico de alta probabilidad tanto de la causa inmediata de la muerte como de la causa principal, y, además, sin perjuicio de que los familiares no tengan derecho a su realización conforme a lo expresado en líneas anteriores, tampoco hay constancia en la historia clínica de que, como sostienen las reclamantes, estas solicitaran su práctica y que les fuera denegada.

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

## **CONCLUSIÓN**

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada al no haberse acreditado la mala praxis denunciada por las interesadas.

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 31 de mayo de 2022

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 333/22

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid