

Dictamen n.º: **293/23**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **08.06.23**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 8 de junio de 2023, 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., representada por un abogado, por los daños y perjuicios sufridos que atribuye al retraso diagnóstico de un meningioma atípico frontal en el Centro de Salud Goya y en el Hospital Universitario de La Princesa.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 20 de julio de 2021, el abogado de la persona citada en el encabezamiento presentó un escrito en la Comunidad de Madrid en el que relataba que la interesada había sufrido desde el año 2005 una sintomatología de desvanecimientos, fuertes dolores de cabeza, pérdida de peso, y problemas estomacales y que el diagnóstico fue de problemas de ansiedad y tratamiento con Lexatin, por parte de Atención Primaria. Destacaba que, durante el año 2008, los síntomas se acentuaron, sufriendo varias caídas y desvanecimientos y que la interesada no podía trabajar por los fuertes dolores de cabeza.

Continuando con el relato fáctico de la reclamación, la interesada detallaba que, en 2009, ante la insistencia de la doctora en un diagnóstico de ansiedad crónica, decidió por su cuenta y riesgo no tomar Lexatin y suspenderlo gradualmente. Asimismo, indicaba que en ese periodo presentó despeños diarreicos acompañados de dolor abdominal intenso y vómitos, aunque los resultados de las pruebas no mostraron alteraciones.

La reclamante explicaba que el cuadro que presentaba se fue agravando de forma paulatina y continuada. En el año 2014, presentó problemas de audición y dolores en los oídos y en la mandíbula. En el año 2016, empezó a presentar con regularidad fuertes vómitos y pérdida de peso, pero es durante el año 2017, cuando, ante la sintomatología a lo que se añadió la pérdida de visión, tuvo que ausentarse de su trabajo, dejando de aceptar proyectos con el impacto económico que eso conlleva.

El relato de la reclamante continuaba en el año 2017, fecha en la que refería haber acudido por dolor en epigastrio. En el año 2018, ante la persistencia de los síntomas, tuvo que acudir al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de La Princesa por un aumento significativo de los vómitos y un episodio de caída. También acudió a su médico de cabecera que insistió en sobrecarga emocional y estrés, recetándole medicamentos antidepresivos. Fue derivada a Psiquiatría y, según la interesada, le retiró la medicación al no apreciarse en su sintomatología una cuestión psíquica. Asimismo, acudió a Oftalmología por una posible úlcera corneal, que, según la opinión de la interesada, no explicaba la intensa sintomatología.

La interesada refería que, en el año 2019, su salud estaba bastante deteriorada, sometiéndose a una esofagogastroduodenoscopia en el Hospital Universitario de La Princesa, objetivándose una gastritis crónica corrosiva y pólipos gástricos. Ese año, los dolores de cabeza y vómitos se intensificaron, con dolores insoportables en el estómago,

habiéndose descartado por el Servicio de Alergología del Hospital Universitario de La Princesa que el origen de dichos síntomas proviniera de alguna alergia. Según la reclamante, en esa época se insistió en que padecía problemas de ansiedad.

Según el relato de la reclamación, a finales de 2019, la reclamante ya no podía expresarse con normalidad, estaba muy aturdida y torpe, no era capaz de caminar bien ni de reaccionar a estímulos externos, con vómitos continuos y el dolor. El 13 de noviembre de 2019, se realizó una RM cráneo-cerebral, objetivándose, según la interesada, que tanto la cefalea y los vómitos sufridos durante tantos años, se debían a una *“voluminosa tumoración frontal derecha con edema y signos de herniación”*. El 14 de noviembre, la interesada se sometió a una craneotomía frontoparietal que, según la reclamación, concluyó con el diagnóstico de un *“meningioma atípico (grado II) frontal”*.

La reclamación reprochaba que, al negarle un diagnóstico y tratamiento adecuados, se habían producido daños colaterales de vital importancia, de manera que, en febrero de 2021, fue derivada a Oftalmología donde se diagnosticó una hemianopsia bilateral nasal producida por una lesión cerebral a raíz del volumen del tumor cerebral que, si se hubiera detectado a tiempo, el daño causado habría sido infinitamente menor.

El escrito de reclamación se acompañaba con la escritura de poder otorgada a favor del abogado firmante del escrito de reclamación y diversa documentación médica relativa a la interesada (folios 1 a 67).

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

La reclamante, nacida en el año 1969, cuenta con los siguientes antecedentes médicos:

- Problemas digestivos. Fue vista en consulta del Servicio de Digestivo del Centro de Especialidades Hermanos García Noblejas por epigastralgia a estudio, realizándose analítica y gastroscopia, con resultados normales, entre agosto 2005 y marzo de 2006. El 22 de enero de 2019, se sometió a una esofagogastroduodenoscopia con el resultado de *“gastritis. Pólipo gástrico”*. El 18 de marzo de 2019, se realizó biopsia gástrica en la que se observó *“mucosa de antro con gastritis crónica atrófica con metaplasia intestinal. No se observa actividad aguda ni presencia de Helicobacter pylori”*. El 17 de abril de 2019 en consulta de Digestivo, refirió dolor abdominal desde hacía 1 año, digestiones lentas y pesadas, vómitos, distensión abdominal y gases, no asociado a ningún alimento en particular, con empeoramiento de los síntomas en relación con estrés laboral.

- Patología psiquiátrica. Desde el año 2008 es tratada en relación a un proceso de ansiedad-trastorno adaptativo mixto que se relaciona con asuntos laborales, que incluso le obligan a dejar de trabajar según se refleja en la consulta de 4 de noviembre de 2011. En enero de 2018 comienza tratamiento con antidepresivos en relación a sintomatología ansiosa en el contexto de un conflicto personal en el trabajo. El 1 de abril de 2019 aporta el resultado de un informe de evaluación psicológica de un centro privado con el juicio clínico de trastorno de estrés postraumático crónico reactivo a trauma relacional de tipo II (reactivo a problemas de acoso psicológico y/o sexual en el ámbito profesional como causa probable). En consulta de 1 de junio de 2019 se encuentra mejor y continúa en tratamiento psicológico, con sensación a veces de bloqueo mental.

- Patología de Otorrinolaringología. El 10 de septiembre de 2007 acude al centro de salud por afonía desde hacía 3 meses con faringe seca por las noches. Se realizó interconsulta a Otorrinolaringología donde fue vista el 9 de octubre de 2007 apreciándose disfonía fluctuante. Se pautaron sesiones de foniatría.

- Patología oftalmológica. El 27 de diciembre de 2018 se realizó interconsulta a Oftalmología por posible úlcera corneal. En la consulta de 12 de abril de 2019 se anotó: *“AP Gastritis, ranitidina. Antecedentes oftalmológicos: OD Vago y doloroso. AV (agudeza visual) sc (sin corrección) OD 1/3 eº 1/2. OI 1. BMC: ojo seco, leve hiperemia ambos ojos. PIO (presión intraocular) 16/18. Tratamiento: Hyabak 12 hora 1 mes”*.

La reclamante acude al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario La Princesa el día 8 de noviembre de 2019. Se anota que acude *«por náuseas, vómitos, cefalea de 12-24 h de evolución opresiva bilateral simétrica, dolor abdominal que asocia a suspensión de ranitidina (puesto que le recuerda al que tenía de forma repetida antes de ser diagnosticada de GC (gastritis crónica) atrófica con displasia intestinal), aunque dolor. También lo asocia a aumento de ansiedad, que achaca a falta de productividad y vida limitada por sintomatología anteriormente referida, que le molesta e interfiere intensamente en el desarrollo de sus actividades vitales, y le frustra mucho cuando le reaparece pensando previamente que estaba “superado”. Último desencadenante lo achaca a discusión laboral con ex socio de su productora y enfermedad en progenitor»*.

Se realizó exploración física con resultados dentro de la normalidad. Asimismo, se realizó analítica con bioquímica, hemograma y gasometría, sin alteraciones. Al realizar la reevaluación de la paciente se apreció importante mejoría sintomática, por lo que, ante la ausencia de datos de alarma, se le proporciona el alta con analgesia domiciliaria. El diagnóstico fue de crisis de ansiedad, con cefalea y vómitos en contexto de ansiedad, parcialmente resueltos. Se recomendó seguimiento por su médico de Atención Primaria, observación domiciliaria, hidratación abundante y si presentase síntomas de alarma acudir al Servicio de Urgencias.

El día 12 de noviembre de 2019, la reclamante acude de nuevo a Urgencias del Hospital Universitario de La Princesa por cefalea intensa holocraneal opresiva de 5 días de evolución. Niega fiebre, sensación distérmica o tiritona. Le despierta la cefalea en los últimos 20 días. Náuseas y vómitos diarios de contenido alimenticio, que impresionan de proyectiles. Refiere dolor epigástrico y pirosis. Refiere mareo sin giro de objetos. Niega síncope, visión doble o pérdida de fuerza o sensibilidad. Refiere tener episodio estresante últimamente. La exploración física arroja resultados normales y en la neurológica se muestra consciente y orientada en las tres esferas. Colaboradora pero enlentecida. Funciones corticales conservadas. Lenguaje: fluido y coherente. No afasia ni disartria. Pares craneales: pupilas isocóricas y normoreactivas. Movimientos oculares extrínsecos normales, sin nistagmos. No asimetría facial. No paresia. No alteración de pares bajos. Visión: no diplopía. No alteraciones en la campimetría por confrontación. Romberg (-). Marcha en tandem inestable. No disimetrías ni disdiadococinesias. No signos de irritación meníngea. Durante la reevaluación, permanece con vómitos sin productos patológicos, cefalea intensa y tendente al sueño.

Se solicitó TC craneal obteniéndose como conclusión la de *“voluminosa tumoración frontal derecha con importante efecto de masa y signos de herniación asociados. Posibilidades diagnósticas: meningioma atípico (primera posibilidad), metástasis, hemangiopericitoma...”*.

La reclamante ingresó a cargo de Neurocirugía/UCI por lesión ocupante de espacio cerebral. Se administró tratamiento con corticoide y antiepiléptico.

Previa firma del documento de consentimiento informado, el día 14 de noviembre 2019 se realizó cirugía urgente con hallazgos de tumoración frontal derecha, centrada, altamente vascularizada desde duramadre. Se realizó durotomía rodeando lesión, con devascularización precoz. Debulking central. Disección circunferencial

de cápsula, con pobre plano de separación aracnoideo con parénquima adyacente, y extracción tumoral. Resección macroscópicamente completa.

El informe de Anatomía Patológica arrojó como resultado: *“Meningioma de tipo meningotelial. Fragmentos de duramadre infiltrados focalmente por un meningioma. Meningioma atípico grado IP”*.

La reclamante fue dada de alta hospitalaria el 25 de noviembre de 2019.

Posteriormente continuó en seguimiento mediante la realización de RMN de control. En la realizada el 21 de enero de 2021 se apreció: *“Cambios postquirúrgicos tras resección de meningioma frontal derecho. Sin signos de restos /recidiva neoplásica. Colección extraaxial epidural confinada a los márgenes de la craneotomía realizada que ha aumentado de tamaño respecto a estudio previo de esta paciente de febrero del año 2020, con un grosor máximo de 6 mm, en probable relación con resangrado (sangrado en fase subaguda), siendo menos probable la posibilidad de empiema”*.

El día 19 de febrero de 2021, la reclamante acudió a revisión en Oftalmología. Se anotó que se trataba de una *paciente que “inició seguimiento oftálmico por alteración a nivel de ojo derecho, entremedias diagnóstico de meningioma cerebral, intervenido en noviembre 2019. Había quedado disminución visual en el ojo derecho. Quedó pendiente de valoración oftalmológica por situación Covid”*. El juicio clínico fue de *“Hipermetropía y astigmatismo en AO + presbicia. Ampliopia ojo derecho. Déficit campimétrico: resto de CV temporal central en OD y hemianopsia nasal OD. Plan. Revisión en 3 meses con CV y OCT”*.

El día 28 de junio de 2021, la reclamante se sometió a una esofagogastroduodenoscopia con diagnóstico de gastritis atrófica.

El día 16 de febrero de 2022 se realizó RMN cerebral de control con la conclusión de *“cambios postquirúrgicos. Sin evidencia de resto o recidiva tumoral”*.

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 Goya y del Hospital Universitario de La Princesa (folios 71 a 270).

De igual modo, en el curso del procedimiento ha emitido informe la doctora de Atención Primaria del Centro de Salud Goya en el que refiere que su primer contacto con la reclamante se produjo el 23 de abril de 2018 cuando refería una historia de 2-3 años de evolución por la que ha sido valorada en consultas de Psicología y Psiquiatría en centros privados. Señala que la propia paciente atribuía de forma expresa la situación a una relación en su entorno personal/laboral muy conflictiva y que había sido diagnosticada de síndrome de stress postraumático. Al manifestar su deseo de ser valorada en el sistema público de salud, fue derivada a Psiquiatría el 25 de abril de 2018. Destaca que no existía en ese momento ninguna consulta referente a alteraciones visuales ni trastornos del movimiento y que en el escrito de reclamación no se hace referencia a la situación contada por la paciente, que expresa de forma espontánea y clara que su sintomatología fue desencadenada por un factor estresante muy concreto, al que se refiere de forma reiterada, y que se reafirma en las consultas con otros profesionales.

El informe continúa detallando que el 23 de agosto de 2018 vio el informe realizado por Psiquiatra, con el juicio clínico de trastorno adaptativo con sintomatología ansiosa, si bien con mejoría progresiva de

la situación, iniciándose retirada del tratamiento antidepresivo que llevaba tomando desde hacía unos meses, a petición de la interesada.

Según el informe, la reclamante no volvió a la consulta de Atención Primaria hasta el 27 de diciembre de 2018 cuando se abordaron varios problemas: refería mejoría general de sus síntomas, aunque mantenía algunos síntomas de ansiedad en situaciones concretas que manejaba con uso puntual de dosis bajas de ansiolítico; síntomas digestivos persistentes, por lo que se inició estudio con pruebas complementarias, alcanzándose el diagnóstico de gastritis y pólipos gástricos, siendo derivada a consulta de Digestivo y molestias oculares, por lo que fue valorada en consulta de Oftalmología el 12 de abril de 2019 con el diagnóstico de ojo seco.

El informe detalla, para completar la información respecto a su diagnóstico en el ámbito psiquiátrico, que, en la consulta de 1 de abril de 2019, la paciente aportó el resultado de un informe-evaluación psicológico realizado con el juicio clínico de trastorno de stress postraumático crónico reactivo a trauma relacional de tipo II (reactivo a problemas de acoso psicológico y/o sexual en el ámbito profesional como causa probable) y recomendación de seguimiento psicoterapéutico especializado con administración de psicoterapia cognitivo-conductual. Posteriormente fue vista por la doctora de Atención Primaria el 19 de junio de 2019, cuando adujo mejoría de sus síntomas y no volvió a saber de ella tras los resultados de noviembre de 2019. Indica que volvió a acudir al centro el 28 de noviembre de 2019 tras el alta hospitalaria y que, en todo momento desde el inicio, han mantenido una adecuada relación médico-paciente, que se ha seguido manteniendo a pesar de la dificultad y complejidad de este caso. Posteriormente, ha continuado revisiones hospitalarias y seguimiento con consultas esporádicas en Atención Primaria.

Por su parte, el Servicio de Digestivo del Hospital Universitario de La Princesa informó que en la historia clínica consta que la reclamante consultó por dolor abdominal, digestiones lentas y pesadas, vómitos, distensión abdominal y gases y antecedentes de cáncer gástrico (tío materno), por lo que se realizaron pruebas complementarias (gastroscopia, ecografía y análisis) y mediante biopsias gástricas se confirmó el diagnóstico de gastritis crónica *Helicobacter pylori* negativa.

Asimismo, consta el informe del Servicio de Radiodiagnóstico del referido centro hospitalario que da cuenta de las distintas pruebas diagnósticas realizadas a la reclamante por parte de dicho servicio.

De igual modo, consta el informe del Servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario de La Princesa que detalla que el primer contacto con la reclamante se produjo el 12 de noviembre de 2019 por la noche, cuando fueron avisados por el Servicio de Urgencias para valorar a la interesada al haberse apreciado un tumor cerebral con edema vasogénico, acordándose con Medicina Intensiva el ingreso en UCI para vigilancia neurológica. Se realizó una RM el día siguiente y fue llevada a quirófano el día 14 de noviembre para realizarle una craneotomía y una extirpación de lo que parecía un meningioma de la convexidad frontal derecho. La cirugía transcurrió sin incidencias y la paciente pasó posteriormente a la UCI donde permaneció hasta el día 15 de noviembre, cuando pasó a planta de hospitalización de Neurocirugía, hasta el día 25 de noviembre de 2019, que recibió el alta hospitalaria con el diagnóstico anatomopatológico de meningioma grado II. Posteriormente, según el informe, la paciente ha seguido revisiones en consultas donde se le han practicado pruebas de imagen de control para evidenciar que no hay restos tumorales ni edema cerebral secundario, y seguirá controles periódicos anuales o bianuales para comprobar que no hay recidiva de la lesión.

Además, se ha emitido informe por el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de La Princesa que da cuenta de la asistencia a la

reclamante el 8 de noviembre de 2019, según los datos que figuran en la historia clínica.

También consta el informe del Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario La Princesa referido a la consulta realizada el 19 de mayo de 2021, en la que constaba que la reclamante había realizado control de RM en febrero de 2020 que no mostraba recidivas tumorales y un control en agosto de 2020 (realizado por cuenta de la paciente) que mostraba similares resultados. Como juicio clínico, el neurólogo informó de postoperatorio normal de meningioma que había sido extirpado por completo y cefaleas de característica tensionales. En la consulta en Oftalmología, la reclamante refirió que desde el 2020, tenía que ponerse de lado para ver mejor y deslumbramientos con la luz. Indica que, según la exploración oftalmológica, el juicio clínico fue de hipermetropía y presbicia, con astigmatismo en ambos ojos, defecto campimétrico no congruente con la lesión frontoparietal compresiva derecha, sin signos de atrofia en la tomografía óptica de coherencia de fibras del nervio óptico. El informe indica que se había solicitado una nueva prueba para verificar los defectos campimétricos hallados en la exploración previa.

Figura también en el expediente el informe de 16 de febrero de 2023 de la Inspección Sanitaria que, tras analizar la historia clínica de la interesada y los informes emitidos en el curso del procedimiento, así como realizar las oportunas consideraciones médicas concluye que la asistencia sanitaria dispensada a la interesada fue adecuada y conforme a la *lex artis*: tras aparición de clínica neurológica y síntomas de alarma el 12 de noviembre de 2019 se solicitaron pruebas complementarias llegando al diagnóstico correcto; la paciente sufrió secuela de visión tras cirugía, constando este riesgo en el documento de consentimiento informado y no se puede relacionar toda la sintomatología descrita por la paciente en la reclamación desde 2005 con el meningioma diagnosticado el 12 de noviembre de 2019.

Una vez instruido el procedimiento se confirió trámite de audiencia a la reclamante. Dentro del trámite conferido al efecto, la interesada formuló alegaciones en las que incidió en los términos de su reclamación inicial y rebatió los argumentos de la Inspección Sanitaria para insistir en que los síntomas que padecía desde años atrás estaban provocados por el meningioma, tardíamente diagnosticado en su opinión.

Finalmente, el 16 de mayo de 2023 se formuló propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación al considerar que no se había acreditado la infracción de la *lex artis* en la asistencia sanitaria reprochada.

CUARTO.- El 8 de mayo de 2023 se formuló preceptiva consulta a este órgano consultivo, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el n.º 275/23.

La ponencia correspondió 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 8 de junio de 2023.

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 indeterminada, 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 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.

La reclamante ostenta 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 en cuanto que recibió la asistencia sanitaria reprochada. Actúa debidamente representada por un abogado, habiéndose acreditado en el expediente el poder de representación que ostenta el firmante del escrito de reclamación.

La legitimación pasiva resulta indiscutible que corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que la asistencia sanitaria reprochada se prestó por el Centro de Salud Goya y por el Hospital Universitario de La Princesa, centros integrados 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, se reclama por el retraso de diagnóstico de un meningioma, detectado en noviembre de 2019 e intervenido

quirúrgicamente en esas fechas, con repercusión en la visión de la reclamante, según se constata en el expediente, tras la revisión de 19 de febrero de 2021, por lo que cabe entender formulada en plazo la reclamación presentada el día 20 de julio de ese mismo año

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 implicados en la asistencia sanitaria reprochada y así se emitió informe por la doctora de Atención Primaria del Centro de Salud Goya y por los servicios de Digestivo, Radiodiagnóstico, Neurocirugía, Urgencias y Oftalmología del Hospital Universitario de La Princesa. Además, se han incorporado el informe de la Inspección Sanitaria y la historia clínica de la paciente a la que se ha conferido trámite de audiencia. Tras la tramitación completa del procedimiento, se ha redactado la propuesta de resolución en sentido desestimatorio de la reclamación de responsabilidad planteada.

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

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

Según constante y reiterada jurisprudencia, el sistema de responsabilidad patrimonial presenta las siguientes características: 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.

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 11

de marzo de 2022 (recurso 771/2020), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo,

«el hecho de que la responsabilidad extracontractual de las Administraciones públicas esté configurada como una responsabilidad objetiva no quiere decir, ni dice, que baste con haber ingresado en un centro hospitalario público y ser sometido en el mismo al tratamiento terapéutico que el equipo médico correspondiente haya considerado pertinente, para que haya que indemnizar al paciente si resultare algún daño para él. Antes, al contrario: para que haya obligación de indemnizar es preciso que haya una relación de nexo causal entre la actuación médica y el daño recibido, y que éste sea antijurídico, es decir: “que se trate de un daño que el paciente no tenga el deber de soportar, debiendo entenderse por daño antijurídico, el producido (cuando) no se actuó con la diligencia debida o no se respetó la lex artis ad hoc”.

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

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

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

A lo anterior hay que añadir que no son indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido evitar o prever según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento que se producen aquéllos, de suerte que si la técnica empleada fue correcta de acuerdo con el estado del saber, el daño producido no sería indemnizable por no tratarse de una lesión antijurídica sino de un riesgo que el paciente tiene el deber de soportar y ello aunque existiera un nexo causal.

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

CUARTA.- En este caso, como hemos visto en los antecedentes de este dictamen, la interesada reprocha el retraso de diagnóstico de un meningioma atípico frontal pues, tras presentar una larga evolución sintomatológica que, según el escrito de reclamación se desenvuelve desde el año 2005, siendo atendida en el Centro de Salud Goya y en el Hospital Universitario de La Princesa, el tumor no fue detectado hasta

noviembre de 2019, lo que en su opinión ha repercutido en su salud con consecuencias en la pérdida de visión.

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

Pues bien, en este caso, la reclamante no ha aportado al procedimiento ninguna prueba que acredite que la asistencia sanitaria no fue conforme a la *lex artis*, sin que sirvan a tal efecto sus

afirmaciones. Por el contrario, los informes médicos que obran en el expediente contrastados con la historia clínica examinada descartan la mala praxis denunciada. En particular, la Inspección Sanitaria, tras analizar todo el proceso asistencial de la interesada ha considerado que la actuación de los distintos servicios implicados fue conforme a la *lex artis ad hoc*. En este punto cabe recordar el especial valor que esta Comisión Jurídica Asesora atribuye a la opinión de la Inspección Sanitaria, pues, tal y como recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, 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*”.

De esta manera, el informe de la Inspección Sanitaria realiza un análisis detallado de la extensa sintomatología puesta de manifiesto por la interesada a lo largo de los años para descartar su relación con el tumor detectado en el año 2019. En este sentido, explica que la interesada se refiere en su reclamación a diferentes síntomas digestivos desde el año 2005, psiquiátricos desde el año 2008, y otros síntomas (cefalea, dificultad para concentración, problemas de lenguaje...).

Por lo que se refiere a los síntomas digestivos, que la Inspección Sanitaria califica como inespecíficos, está documentado en la historia clínica que han sido estudiados ampliamente en consultas a lo largo de los años por el Servicio de Digestivo. Según refiere la Inspección Sanitaria, en las consultas más próximas a la fecha del diagnóstico del meningioma, así en la consulta de 17 de abril de 2019, se constata “*impresión diagnóstica: ERGE (enfermedad por reflujo gastroesofágico), dispepsia, gastritis crónica atrófica con MI (metaplasia*

intestinal), pólipos glándulas fúndicas, cambio de ritmo intestinal, signos de alergia alimentaria”, sin que conste la presencia de “vómitos escopetados”, como sostiene la reclamación, característicos de hipertensión intracraneal, hasta el día 12 de noviembre de 2019 cuando se alcanzó el diagnóstico del meningioma. En palabras de la Inspección Sanitaria, la presencia de vómitos puede ser debida a múltiples causas, siendo en este paciente la causa más probable la gastritis crónica y la ansiedad diagnosticadas. En definitiva, según el informe de la Inspección Sanitaria, la reclamante ha sido estudiada de forma amplia por molestias abdominales, con causa orgánica subyacente: la gastritis crónica atrófica, evidenciada en endoscopia digestiva alta.

En cuanto a los síntomas psiquiátricos, la Inspección Sanitaria los considera claramente relacionados con ansiedad, habiendo sido atendida en diversas consultas durante años en Atención Primaria, psiquiatra de un centro de salud mental público, así como Psiquiatría y psicólogo privados y siendo diagnosticada de trastorno de adaptativo mixto con sintomatología ansiosa y de trastorno de estrés postraumático crónico reactivo a trauma relacional de tipo II, por diferentes profesionales.

Por lo se refiere a los síntomas relacionados con la voz, la Inspección Sanitaria destaca que no están documentados en la historia clínica problemas del lenguaje de causa neurológica y en cuanto a los síntomas de dolor de cabeza, pérdida de conocimiento, mareo o desvanecimiento, destaca que no se han encontrado consultas sobre dichos síntomas, excepto cefalea tras retirada de Escitalopram (antidepresivo), en la consulta de Atención Primaria de 9 de marzo de 2018.

La Inspección Sanitaria pone de relieve en su informe que los meningiomas tienen un crecimiento lento y un comportamiento indolente en la mayoría de los casos, que incluso se pueden manejar de manera conservadora, con observación y espera, o hasta la aparición de

síntomas, y que en este caso no se puede conocer desde cuando presentaba la paciente el meningioma, pero lo que considera claro es que la clínica sospechosa de patología neurológica se inició en noviembre de 2019, fecha en la que la reclamante consultó en Urgencias y se realizó el diagnóstico correcto.

En este sentido, está documentado en la historia clínica que el día 8 de noviembre de 2019 la reclamante acudió a Urgencias del Hospital Universitario de La Princesa por clínica ansiosa, vómitos y cefalea, solicitándose pruebas complementarias acordes, y sin presentar signos de alarma de cefalea (ni en la anamnesis ni en la exploración física-neurológica) que justificaran la petición de TC craneal, en palabras de la Inspección Sanitaria. Por otro parte, el alta de la interesada, tras mejoría sintomática y con indicación de acudir de nuevo al Servicio de Urgencias en caso de presentar síntomas de alarma, es calificada como una actuación correcta por parte del inspector médico.

En este punto cabe recordar que el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, establece en su anexo IV que la atención en los servicios de Urgencias es aquella *“(...) que se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata”* de tal forma que *“una vez atendida la situación de urgencia, se procederá al alta de los pacientes o a su derivación al nivel asistencial más adecuado y, cuando la gravedad de la situación así lo requiera, al internamiento hospitalario, con los informes clínicos pertinentes para garantizar la continuidad asistencial”*. En este caso, no había datos de gravedad que aconsejaran un ingreso hospitalario y, además, consta que se explicaron los signos de alarma que obligarían a la interesada a acudir de nuevo a Urgencias como así hizo el 12 de noviembre siguiente.

Así, consta que la reclamante acudió de nuevo a Urgencias el día 12 de noviembre de 2019 por cefalea intensa. Según refiere la Inspección Sanitaria, la valoración de síntomas y signos en la historia clínica y en la exploración física en esa fecha ya hicieron necesaria la realización de TC craneal, que mostró LOE (lesión ocupante de espacio) intracraneal con diagnóstico radiológico de “*meningioma atípico como primera posibilidad diagnóstica*”, ingresando en cuidados intensivos para vigilancia y a cargo de Neurocirugía para tratamiento quirúrgico, actuándose con la diligencia debida, en palabras de la Inspección Sanitaria.

Para la Inspección Sanitaria, la cirugía realizada era la recomendada conforme a protocolo y discurrió sin incidencias, si bien la reclamante ha sufrido una pérdida de visión, documentada en la historia clínica, que es imputable a la cirugía, aunque la misma se realizara sin que mediara mala praxis y así estaba previsto en el documento de consentimiento informado que se firmó con carácter previo a la cirugía urgente realizada.

En definitiva, a tenor de los informes médicos que obran en el expediente, y en particular teniendo en cuenta el relevante criterio de la Inspección Sanitaria cabe concluir que no se ha producido la infracción de la *lex artis* denunciada por la interesada, pues cabe considerar que la asistencia sanitaria dispensada durante los años que menciona el escrito de reclamación fue conforme a la sintomatología manifestada por la reclamante, por lo que, en palabras de la Inspección Sanitaria, el meningioma pudo ser diagnosticado cuando la reclamante mostró sintomatología de dicha afección en el mes de noviembre de 2019, actuándose de manera correcta para su detección y tratamiento.

Como ya indicamos, entre otros, en los dictámenes 171/19, de 22 de abril y 87/20, de 27 de febrero, es evidente que el diagnóstico clínico es un proceso sumamente complejo, que se realiza en función de los síntomas que presenta cada paciente y de la manifestación de los

mismos, que permiten al facultativo decidir la realización de pruebas diagnósticas que, a su vez, perfilan el diagnóstico final.

En este sentido, como destaca la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 13 de enero de 2022 (procedimiento 640/2018):

“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 éste 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”.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la presente reclamación al no haberse acreditado infracción de la *lex artis ad hoc* en la asistencia sanitaria dispensada a la interesada.

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 8 de junio de 2023

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 293/23

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid