

Dictamen n.º: **179/25**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **03.04.25**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 3 de abril de 2025, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por la consejera de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña., que atribuyen a la defectuosa asistencia sanitaria dispensada por el Centro de Salud Villa de Vallecas y el Hospital Universitario Infanta Leonor, en el diagnóstico de metástasis ósea de cáncer de mama.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por escrito presentado en el registro del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) el día 2 de agosto de 2023, la interesada antes citada, asistida por abogado, formula reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos por la defectuosa asistencia sanitaria dispensada por el Centro de Salud Villa de Vallecas y el Hospital Universitario Infanta Leonor, en el diagnóstico de metástasis ósea de cáncer de mama (folios 1 a 24 del expediente administrativo).

Según refiere en su escrito la reclamante, de 48 años de edad, el día 10 de octubre de 2021 acudió al Servicio de Urgencias del Hospital

Universitario Infanta Leonor por presentar un cuadro de dolor lumbar y fue dada de alta, tras una breve exploración física y sin realizar prueba de imagen alguna que revelara el origen de su padecimiento.

Al persistir el cuadro de dolor lumbar, el día 12 de octubre de 2021, la interesada acudió al Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, donde se le realizó una radiografía lumbar en la que no se apreciaron alteraciones osteoarticulares de carácter agudo, siendo dada de alta con el diagnóstico de *“lumbalgia de características mecánicas sin datos de alarma actualmente”*.

Refiere que el día 15 de marzo de 2022, tuvo que ser atendida en el Hospital Universitario Infanta Leonor por un cuadro de dolor en ambas caderas, donde, tras realizar una exploración física y una analítica, fue dada de alta con el diagnóstico de infección del tracto urinario. Ese mismo día, acudió a su centro de salud, donde le prescribieron la baja laboral.

Según el escrito de reclamación, ese mismo día, 15 de marzo de 2022, la interesada acudió a su centro de salud porque *“continuaba presentando un cuadro agudo de lumbalgia”* y fue necesario facilitarle la baja laboral.

La reclamante expone que el día 19 de marzo de 2022, tuvo que acudir nuevamente a Urgencias del Hospital Universitario Infanta Leonor por un cuadro de cefalea y dolor lumbar de características mecánicas, donde reprocha que solo se le realizó una exploración física y analítica, sin efectuar prueba de imagen alguna, y fue dada de alta hospitalaria con el diagnóstica de cefalea de características tensionales, sin datos de alarma.

El día 6 de mayo de 2022, al persistir la lumbalgia, acudió nuevamente a su centro de salud, donde fue derivada a consulta de Traumatología con prioridad normal. Según resulta del documento de

interconsulta, había sido atendida por lumbalgia el día 11 de octubre de 2021 y por mialgia y tendinitis del hombro el día 14 de febrero de 2022.

Alega que el día 10 de mayo de 2022, al no poder soportar el dolor lumbar, acudió a una clínica privada para que le realizaran una resonancia de la columna lumbar, informándose el resultado de dicha prueba como metástasis ósea.

El día 12 de mayo de 2022, informado el diagnóstico de metástasis generalizada, ingresó en el Servicio de Oncología del Hospital Universitario Infanta Leonor. Expone que ese mismo día recibió una llamada telefónica en la que se le señalaba cita para Traumatología el día 14 de marzo de 2023. En dicha unidad, para conocer el origen del cuadro oncológico, se efectuó una mamografía bilateral donde se visualizaron hallazgos compatibles con lesión neoplásica primaria de, aproximadamente, 26 x 19 mm, además de un nódulo milimétrico con realce moderado igualmente sospechoso. Fue dada de alta hospitalaria el día 30 de mayo de 2022.

De acuerdo con el escrito de reclamación, la interesada tuvo que volver a ingresar en el Hospital Universitario Infanta Leonor el día 18 de agosto de 2022, tras ser avisada por Radiología por hallazgo de tromboembolismo pulmonar (TEP) bilateral en TC, y permaneció ingresada hasta el día 12 de septiembre siguiente.

Además, ha precisado múltiples ingresos hospitalarios propios de su cuadro oncológico, el último de ellos, en diciembre de 2022, para realización de anexectomía bilateral para la extirpación de los ovarios y trompas de Falopio de ambos lados.

Considera que hubo un error de diagnóstico y que el personal médico no actuó con la diligencia mínima exigible y que se le tenía que haber realizado un TAC que revelase el origen del padecimiento. Alega

que el retraso en el diagnóstico determinó el avance de la enfermedad, al no recibir tratamiento alguno hasta hacerse incurable y que hubo un alta indebida en cada una de las visitas al Servicio de Urgencias.

La interesada solicita un indemnización de 436.262 euros, cantidad resultante de la suma de 237.914 euros por 80 puntos de secuelas físicas, estéticas y psicológicas; 120.000 euros en concepto de perjuicio personal particular (20.000 euros por daños morales complementarios por perjuicio psicofísico; 50.000 euros por perjuicio moral por pérdida de calidad de vida ocasionada por secuelas muy graves y 50.000 euros por perjuicio moral por pérdida de calidad de vida de los familiares de grandes lesionados); 50.000 euros por perjuicio patrimonial en concepto de ayudas técnicas y, finalmente, 28.348,88 euros por 497 días (desde el día 15 de marzo de 2022 hasta la fecha de interposición de la reclamación) por perjuicio moderado por las lesiones temporales.

Acompaña con su escrito copia de los informes médicos emitidos en las distintas asistencias sanitarias prestadas (folios 25 a 97).

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

La reclamante, nacida en 1975, con antecedentes de síndrome nefrótico idiopático desde los 18 años, y anotaciones por dolor lumbar en la historia clínica de su centro de salud los días 18 de agosto de 2019 y 31 de agosto de 2021, solicitándose en esta última consulta radiografía lumbar.

El día 10 de octubre de 2021, acude al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Infanta Leonor por “*dolor lumbar desde hace semanas con empeoramiento desde ayer*”. Exploración: dolor a la palpación paravertebral lumbar, no apofisalgia, neurológico normal, lasegue negativo. Diagnóstico: lumbalgia. Se indica reposo relativo, calor local, diazepam, metamizol y control por médico de Atención Primaria

(MAP). *“Debe volver a urgencias si presenta fiebre, síntomas generales, dolor no controlado síntomas de compromiso neurológico, pérdida de fuerza, alteración de la sensibilidad. En caso de persistir más de 3 semanas, deberá pedir consulta con su traumatólogo de zona para realizar prueba de imagen”.*

Con fecha 12 de octubre de 2021, acude al Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, por *“dolor lumbar bajo desde hace un mes que ha aumentado de intensidad”*. Según refleja la historia clínica, *“el dolor es continuo, aunque impresiona de características mecánicas”*. En la exploración: dolor lumbar a la palpación de cuadrado lumbar izquierdo, resto de la exploración normal. *“Tras la administración de analgesia y realización de pruebas complementarias, se reevalúa a la paciente que refiere cierta mejoría. Ante la ausencia de datos de alarma se le explica la naturaleza del proceso que comprende y acepta, y se da alta domiciliaria. Diagnóstico: Lumbalgia de características mecánicas sin datos de alarma actualmente”*.

El día 13 de octubre de 2021, consulta con su médico de Atención Primaria, que anota en el episodio de lumbalgia: *“veo urgencias, lumbalgia de características mecánicas sin datos de alarma. Rx normal”*.

El día 15 de marzo de 2022, la paciente acude al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Infanta Leonor, por *“dolor en ambas crestas iliacas desde hace 3-4 días, más acentuado en el lado izquierdo, que ha empeorado esta noche. Dolor constante que aumenta con los movimientos. Hace unos meses tuvo una lumbalgia que le recuerda al actual. Ha tomado paracetamol e ibuprofeno con cierta mejoría”*.

Exploración: buen estado general, dolor a la palpación en crestas iliacas, dudoso en fosas renales. Caderas: no dolor en trocánter mayor ni ingle, buena movilidad articular. Se pide analítica de sangre y orina,

en orina hematuria y bacteriuria. Se diagnostica de infección del tracto urinario no complicada. Se pauta control por su médico de Atención Primaria.

Con fecha 16 de marzo de 2022, consulta con médico de Atención Primaria, que emite baja con diagnóstico de *“otros trastornos de los músculos”* e indica tratamiento con diazepam. Proceso de incapacidad temporal desde el 15 de marzo de 2022 hasta el día 28 de marzo de 2022.

El día 19 de marzo de 2022, la paciente acude a Urgencias por cefalea, refería haberse tomado la tensión con cifras de 170/90 mmHg, *“lleva con ello desde hace días y que cede con ibuprofeno. También refiere llevar cinco días con dolor lumbar de características mecánicas (por lo que consultó en urgencias hace 3 días) y actualmente está asintomática”*. La exploración física y neurológica resultó normal. Se realizó analítica y electroencefalograma (ECG) sin alteraciones. *“Se reevalúa a la paciente y tras la administración de metamizol iv, se encuentra asintomática y con TA de 143/70 mmHg, se da el alta con el juicio clínico de cefalea tensional sin datos de alarma, a descartar hipertensión arterial de manera ambulatoria. Se inicia tratamiento analgésico y control por médico de Atención Primaria”*.

El día 4 de mayo de 2022, acude a consulta programada de Nefrología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, en seguimiento desde 1998, por síndrome nefrótico idiopático por cambios mínimos glomerulares en remisión completa, indicándose revisión anual.

Con fecha 6 de mayo de 2022, su médico de Atención Primaria realiza parte de interconsulta a Traumatología.

El día 10 de mayo de 2022, la paciente se realizó por su cuenta, ante la persistencia del dolor lumbar, una resonancia magnética lumbar

en una clínica privada.

Con fecha 11 de mayo de 2022, acude a al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Infanta Leonor por *“dolor lumbar de 5 días de evolución, que ha ido en ascenso, está tomando tramadol/paracetamol y metamizol sin mejoría, ha perdido 8 kilos en los últimos dos meses, con dolor abdominal desde el inicio del dolor además estreñimiento”*. Refería haberse realizado una resonancia magnética que había sido informada: *“afectación vertebral múltiple que sugiere infiltración secundaria con fractura patológica de T12 y pequeño componente de partes blandas paravertebrales y epidurales anteriores. Discopatía degenerativa incipiente lumbar. Protrusiones anulares de los tres últimos discos lumbares con una pequeña protrusión focal posterolateral derecha de L5-S1”*.

Exploración: dolor a la digitopresión a nivel de T12, no dolor abdominal, distensión abdominal. Pasa para valoración por Traumatología. Se solicitó analítica y Rx de abdomen para descartar obstrucción intestinal.

Fue valorada por Traumatología, con respecto a la fractura T12, en el ese momento no precisaba tratamiento quirúrgico por parte de COT/Neurocirugía, pero sí precisaba inmovilización con ortesis específica tipo Jewett.

Con el juicio clínico de síndrome constitucional a estudio en paciente con fractura patológica de T12 (probable metástasis) y con mal control del dolor, quedó ingresada a cargo de Medicina Interna para estudio, a descartar como primera opción proceso neoplásico oculto *versus* proceso inflamatorio a filiar.

El día 13 de mayo de 2022, se realizó TAC body: *“presenta además de la extensa afectación en esqueleto axial, iliacas, fémur y fractura*

patológica T12, nódulos pulmonares y adenopatías sospechosas de malignidad. No se evidencian masas abdominales sugestivas de tumor primario, tampoco en mamas, aunque es la primera sospecha diagnóstica. Se comenta con Radiología, pero puesto que la paciente tiene mal control del dolor que impide mantener bipedestación, se decide ajustar medicación y se programa mamografía para el martes 17/05/22. Paciente informada de los hallazgos radiológicos, así como las posibilidades diagnósticas y la sospecha. Se informa a su marido, a petición de la paciente”.

El 18 de mayo de 2022, se realizó mamografía y ecografía mamaria evidenciando lesión neoplásica primaria en mama izquierda BIRADS 5 sobre la que se realiza biopsia con aguja gruesa (BAG), además de al menos 2 adenopatías axilares izquierdas en las que se realizó punción con aguja fina (PAF).

Juicio clínico: neoplasia de mama izquierda con diseminación ganglionar, nódulos pulmonares, afectación lítica en esqueleto axial. Fractura patológica T12 secundaria a lo previo. Infección por SARS-COV2 asintomática (hallazgo casual en PCR de cribado al ingreso). Sin neumonía ni insuficiencia respiratoria.

El día 20 de mayo de 2022, se traslada en ambulancia al Hospital General Universitario Gregorio Marañón para recibir sesión de radioterapia.

La paciente pasa a cargo del Servicio de Oncología, se optimiza tratamiento para el dolor y el día 26 de mayo se inicia tratamiento con castración química ovárica con Zoladex mensual, ante estado premenopáusico y se pauta tamoxifemo hasta conseguir niveles de estrógenos. La paciente presenta buen control del dolor tras tratamiento con radioterapia, se maneja con corsé pautado por Traumatología, deambulando por la planta con aceptable control del dolor, por lo que se decide alta hospitalaria el día 30 de mayo de 2022.

Diagnóstico: carcinoma ductal infiltrante de mama hormonossensible HER 2 con debut metastásico con afectación ósea múltiple (esternón, escapula, columna cervical, dorsal, cadera).

El día 18 de febrero de 2022, acude a Urgencias, derivada por Radiología por hallazgo de tromboembolismo pulmonar bilateral en ambas arterias pulmonares. Se cursa ingreso, la paciente permanece estable hemodinámicamente, sin necesidad de soporte domiciliario, se realizan las pruebas complementarias necesarias y ante la estabilidad clínica y la ausencia de datos de alarma en dichas pruebas, se indica tratamiento con enoxaparina, y tratamiento analgésico. Es alta hospitalaria el día 25 de agosto de 2022.

Con fecha 13 de diciembre de 2022, ingresa en Ginecología para cirugía programada: ooforectomía y salpinguectomía bilateral laparoscópica.

La paciente pasa revisiones en Oncología el 23 de abril de 2023, el 3 de mayo de 2023, el 19 de mayo de 2023 y el 16 de junio de 2023, presentando buen estado general, se mantiene tratamiento con Abemaciclib (tratamiento para el cáncer avanzado), y se propone inclusión en estudio APICAT, con lo que está de acuerdo. La última revisión que está documentada en la historia es la correspondiente al día 11 de agosto de 2023, con *“buen estado general, dolores articulares similares y dolor más intenso en la espalda en esta semana que ha precisado de nolutil de rescate”*.

Revisada la historia clínica del médico de Atención Primaria, la última anotación es de fecha 18 de diciembre de 2023, en la que se resumen los tratamientos realizados a la paciente por parte de especializada, siendo su situación clínica en ese momento de, *“buen estado general, sin nuevas incidencias”* e indicándose como plan: *“se mantiene tratamiento sin cambios, pendiente de marcadores tumorales y*

de TAC de reevaluación; y citar para revisión en mes y medio”.

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 (LPAC).

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81 de la LPAC, se ha incorporado al expediente un informe del médico de Atención Primaria del Centro de Salud Villa de Vallecas que, tras relacionar las distintas asistencias prestadas a la paciente, concluye:

“Mi actuación en el ámbito de la Atención Primaria fue acorde a una correcta praxis médica dentro del marco de actuación, las evidencias científicas y los protocolos vigentes de las sociedades científicas y del SERMAS”.

Figura, también, un informe del jefe de Sección de Medicina de Urgencias, del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, de 7 de agosto de 2023, en el que relata la única asistencia prestada a la reclamante por dicho hospital y dice:

“La paciente consulta en el Servicio de Urgencias el 12 de octubre de 2022 por dolor de espalda.

Tras ser evaluada y realizada exploración física completa, se procedió a realizar radiografía de columna lumbar que no mostró alteraciones agudas. En la anamnesis realizada no se describe ningún tipo de signo de alarma en ese momento (no pérdida de fuerza, no pérdida de sensibilidad, no fiebre, no cuadro constitucional) ni tampoco en la exploración neurológica (fuerza y reflejos conservados, sensibilidad conservada).

Se administró analgesia para el dolor con cierta mejoría según

consta en el informe y se ajustó tratamiento analgésico al alta. Además, se refleja que siga control por médico de atención primaria y que se le explican los signos de alarma por los que debe consultar o si existe empeoramiento”.

Asimismo, consta en el expediente la emisión de informe por el jefe de Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario Infanta Leonor, de 4 de septiembre de 2023, que justifica la decisión de no intervenir la lesión en el cuerpo T12 y, tras analizar datos estadísticos sobre la lumbalgia, tanto aguda como crónica y cuándo es síntoma de una patología grave subyacente, como era el caso, declara que *“resulta difícil establecer, independientemente del hallazgo de lesión metastásica en T12 y posteriormente de enfermedad metastásica ósea múltiple secundaria a Carcinoma ductal infiltrante de mama hormono sensible, que hayan existido conductas descuidadas o proceder irreflexivo en las actuaciones médicas realizadas”.*

El informe indica que la fractura vertebral T12 no es una fractura vertebral aislada, origen del cuadro sintomático sino de una enfermedad oncológica generalizada y en relación con el escrito de reclamación dice:

«En sus alegaciones la reclamante establece una relación causal directa entre las actuaciones realizadas por el personal sanitario y la evolución clínica oncológica y dicha asociación no es válida ni asumible.

Los síntomas que presentaba (lumbalgia sin ciatalgia con períodos intercurrentes) no guardan relación directa alguna con el proceso oncológico metastásico general, sino que parece guardar más relación con el proceso degenerativo lumbar habitual.

Los resultados de la resonancia realizada por el centro privado deben entenderse como un hallazgo que ha permitido iniciar un

estudio dirigido al diagnóstico de la causa subyacente. En el informe que describe las lesiones se informa de las mismas y se manifiesta "... sugieren lesiones de infiltración secundaria a valorar el contexto clínico". En modo alguno el hallazgo de la lesión en T12 establece relación entre las actuaciones de los profesionales sanitarios y el devenir clínico.

En todo momento, se ha seguido una adecuada y correcta praxis clínica».

El día 14 de septiembre de 2023, emite informe la Sección de Oncología Médica del Hospital Universitario Infanta Leonor. Dice que no puede pronunciarse en relación con el período previo al diagnóstico de cáncer de mama; que el episodio de tromboembolismo pulmonar bilateral con afectación de las bifurcaciones de ambas arterias pulmonares principales, asociado a posibles signos de infarto pulmonar en el lóbulo superior e inferior derechos, tal y como se describe en el TAC realizado el 18 de agosto de 2022, es una complicación no infrecuente en el contexto de un cáncer de mama metastásico; que la ablación ovárica (ooforectomía bilateral) es un procedimiento que forma parte esencial del tratamiento del cáncer de mama hormono sensible en pacientes pre-menopáusicas y por tanto reconocido como estándar en todas las guías nacionales e internacionales y, finalmente, concluye que *"la actuación por parte de Oncología Médica ha sido adecuada en todo momento y ajustada a las necesidades del paciente"*.

Con fecha 28 de agosto de 2023, emite informe el coordinador del Servicio de Urgencias y Hospitalización a Domicilio del Hospital Universitario Infanta Leonor, sobre la asistencia prestada a la reclamante, si bien las fechas a las que se refiere en su informe no parecen corresponderse con las asistencias reflejadas en la historia

clínica y concluye que *“en todo momento se actuó de forma adecuada con el paciente”*.

El día 7 de agosto de 2024, emite informe la Inspección Sanitaria que, tras analizar la asistencia prestada a la reclamante, concluye *“no existe evidencia de que la asistencia dispensada en el Hospital Universitario Infanta Leonor y en el Centro de Salud Villa de Vallecas, haya sido incorrecta o inadecuada a la lex artis”*.

Notificado el trámite de audiencia a la reclamante, no consta en el procedimiento que esta haya formulado alegaciones.

Con fecha 14 de febrero de 2025, la viceconsejera de Sanidad y directora general del SERMAS formuló propuesta de resolución que desestimaba la reclamación al considerar que la asistencia sanitaria prestada a la reclamante ha sido conforme a la *lex artis* y no concurrir los presupuestos necesarios para el reconocimiento de responsabilidad patrimonial de la Administración.

CUARTO.- Por escrito de la consejera de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 27 de febrero de 2025 se formuló preceptiva consulta a este órgano.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 121/25, a la letrada vocal Dña. Rocío Guerrero Ankersmit que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 3 de abril de 2025.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo está acompañado de documentación, adecuadamente numerada y foliada, que se considera suficiente.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes,

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f.a) de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a quince mil euros y por solicitud de la consejera de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada según consta en los antecedentes, 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, al haber recibido la atención sanitaria objeto de reproche.

Se cumple, igualmente, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, por cuanto el daño cuyo resarcimiento se pretende fue

supuestamente causado en un centro sanitario de la red pública de la Comunidad de Madrid, como es el Hospital Universitario Infanta Leonor.

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 responsabilidad patrimonial a la Administración prescribe al año de manifestarse el efecto lesivo y de que se haya determinado el alcance de las secuelas.

En el presente caso, confirmado el diagnóstico de neoplasia de mama izquierda con diseminación ganglionar, nódulos pulmonares, afectación lítica en esqueleto axial y fractura patológica T12, secundaria a lo previo, el día 18 de mayo de 2022, la reclamante recibió tratamiento con radioterapia, quimioterapia y hormonoterapia, y precisando ooforectomía y salpinguectomía bilateral laparoscópica, que se realizó el día 13 de diciembre de 2022, por no existe duda alguna de que la reclamación presentada el día 2 de agosto de 2023, está formulada en plazo.

El procedimiento seguido no adolece de ningún defecto de anulabilidad o nulidad, por cuanto se han llevado a cabo todas las actuaciones necesarias para alcanzar adecuadamente la finalidad procedimental y, así, se han solicitado los informes preceptivos previstos en el artículo 81 de la LPAC, esto es, al Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, al coordinador de Urgencias del Hospital Universitario Infanta Leonor, así como al Servicio de Oncología, y al Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del citado centro hospitalario.

Se ha incorporado al expediente la historia clínica de la paciente, y consta haberse solicitado informe a la Inspección Sanitaria. Después de la incorporación de los anteriores informes, consta que se ha cumplimentado el trámite de audiencia a la reclamante y se ha dictado

propuesta de resolución.

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

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el art. 106.2 de la Constitución Española, que garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley, previsión desarrollada por la LRJSP en su título preliminar, capítulo IV, artículos 32 y siguientes.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, por todas, las sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 23 de junio de 2021 (recurso de casación 8419/2019), 21 de marzo de 2018 (recurso de casación 5006/2016), de 11 de julio de 2016 (recurso de casación 1111/2015) y 25 de mayo de 2016 (recurso de casación 2396/2014), requiere:

a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o 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. Así, la Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de junio de 2007 (Recurso 10231/2003), con cita de otras muchas declara que *“es doctrina jurisprudencial consolidada la que sostiene la exoneración de responsabilidad para la*

Administración, a pesar del carácter objetivo de la misma, cuando es la conducta del propio perjudicado, o la de un tercero, la única determinante del daño producido aunque hubiese sido incorrecto el funcionamiento del servicio público (Sentencias, entre otras, de 21 de marzo, 23 de mayo, 10 de octubre y 25 de noviembre de 1995, 25 de noviembre y 2 de diciembre de 1996, 16 de noviembre de 1998, 20 de febrero, 13 de marzo y 29 de marzo de 1999)”.

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 cabalmente causado por su propia conducta. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005 y las 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”.*

CUARTA.- En la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público. El criterio de la actuación conforme a la denominada *“lex artis”* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios, pues la responsabilidad no nace sólo por la lesión o el daño, en el sentido de daño antijurídico, sino que sólo surge si, además, hay infracción de ese criterio o parámetro básico. Obviamente, la obligación del profesional sanitario es prestar la debida asistencia, sin que resulte razonable garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

Según la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (Sección 5ª) de 23 de febrero de 2022 (recurso de casación 2560/2021), la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, como reiteradamente ha señalado dicho Tribunal (por todas, sentencias de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación núm. 4397/2010) y 4 de julio de 2013, (recurso de casación núm. 2187/2010) 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”*».

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la *lex artis* y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, como señalan las sentencias de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación 4397/2010)) y de 27 de abril de 2015, (recurso de casación núm. 2114/2013), en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales *“puede tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido”*, cabe

entender conculcada la *lex artis*, pues al no proporcionarle a los recurrentes esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal.

QUINTA.- Aplicada la anterior doctrina al presente caso, resulta acreditado en el expediente que la paciente fue diagnosticada el día 18 de mayo de 2022, neoplasia de mama izquierda con diseminación ganglionar, nódulos pulmonares y afectación lítica en esqueleto axial.

Acreditada, por tanto, la realidad de los daños alegados, para centrar la cuestión relativa a la supuesta infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales que atendieron al paciente, debemos partir de lo que constituye 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, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 16 de enero de 2025 (recurso 270/2022) dice 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 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”*.

La interesada sostiene que el retraso en el diagnóstico y, por tanto, la falta de tratamiento, han provocado una metástasis generalizada y un cuadro oncológico incurable que es imputable al personal médico que no actuó con la debida diligencia mínima exigible en estos casos, pues se le tenía que haber realizado un TAC que revelase el origen de su padecimiento, el cuadro de lumbalgia de repetición que sufría, cuyo dolor iba en aumento y que no cedía a pesar de la analgesia pautada.

Alega que la calidad de vida y el pronóstico habrían mejorado en caso de comenzar la lucha contra el carcinoma en un primer momento. Además, sostiene que en cada una de las visitas a Urgencias hubo un alta indebida, sin llevar a cabo ningún diagnóstico diferencial.

Frente a las alegaciones de la reclamante, desprovistas de toda prueba, los informes médicos obrantes en el expediente, contrastados con la historia clínica ponen de manifiesto que la asistencia prestada a la paciente fue correcta, como queda reflejada en la relación de los hechos del antecedente de hecho segundo de este dictamen. En particular, la Inspección Sanitaria ha considerado que la actuación sanitaria reprochada fue correcta y acorde con 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 20 de febrero de 2025 (recurso 167/2023), “*sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen también un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del Médico Inspector, y de la coherencia y motivación de su informe*”.

En este sentido, el informe de la Inspección Sanitaria analiza las asistencias prestadas por los distintos servicios y destaca que la única clínica referida por la paciente era dolor lumbar que en ocasiones respondía al tratamiento analgésico. En la historia, aunque sí consta el diagnóstico de compresión medular consecuencia de la metástasis vertebral, no hay referencia alguna que presentara clínica neurológica.

El informe de la Inspección Sanitaria recoge, en este sentido, lo manifestado en el informe del jefe de Servicio de Cirugía Ortopédica y

Traumatología del Hospital Universitario Infanta Leonor, que dice que aproximadamente el 80% de las lumbalgias cursan sin complicaciones y mejoran en menos de 4-6 semanas, el 15-20% responden a una causa específica y el 5% restante a una patología grave subyacente; el 10% evoluciona a forma crónica. Según el citado informe:

«Existe un documento del Ministerio de Sanidad que orienta al seguimiento del paciente, en el que se establece como importante, detectar la presencia o no de los denominados “signos de alarma del dolor lumbar o red flags”, que pueden variar el pronóstico de la enfermedad».

El informe menciona hasta once signos de alarma, entre ellos: fiebre, síndrome constitucional o pérdida de peso, déficits neurológicos graves, antecedentes de cáncer o alta sospecha actual de padecerlo o dolor lumbar de características inflamatorias y señala que, en el presente caso, *“en ningún momento de los informes que se aportan en la reclamación se puede aducir la presencia clara, manifiesta e indudable de los citados signos de alertas”* y que *“pueden interpretarse clínicamente como procesos habituales de lumbalgia crónica con períodos intercurrentes”*.

En efecto, según recoge el informe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario Infanta Leonor, el informe de la resonancia, en la que se diagnostica la lesión vertebral en T12, se informa como *“... discopatía degenerativa incipiente lumbar; protrusiones anulares de últimos discos lumbares...”*. Estos hallazgos crónicos y de larga instauración son superponibles con la clínica de lumbalgia que presentaba la paciente y sin duda pueden manifestar clínica dolorosa, y añade:

«Los síntomas que la paciente presentaba (lumbalgia sin ciatalgia con períodos intercurrentes) no guardan relación directa alguna con el

proceso oncológico metastásico general, sino que parece guardar más relación con el proceso degenerativo lumbar habitual.

Los resultados de la RMN deben entenderse como un hallazgo que ha permitido iniciar un estudio dirigido al diagnóstico de la causa subyacente, ya que en el informe que describe las lesiones: "... sugieren lesiones de infiltración secundaria a valorar el contexto clínico"».

En este sentido, el informe de la Inspección Sanitaria destaca que, tras el resultado de la resonancia magnética fue cuando la paciente acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Infanta Leonor, donde ya refirió una pérdida de peso de unos 8 kilos en los dos últimos meses, y se inició el estudio para llegar a un diagnóstico definitivo, al que se llegó tras realizar una mamografía, y posterior biopsia que confirmaron que se trataba de un carcinoma ductal infiltrante de mama izquierda hormono sensible, HER 2 con debut metastásico con afectación ósea múltiple con fractura aplastamiento y compresión medular al debut de D12, aunque sin presentar clínica neurológica, indicándose inmovilización con corsé y sesión de radioterapia.

Según el médico inspector, no es infrecuente llegar al diagnóstico de cáncer de mama tras el diagnóstico de una metástasis, ya sea pulmonar, hepática u ósea, siendo su localización más frecuente en columna vertebral dorsal, como en este caso. En este sentido, el informe de la Inspección dice:

"Según el artículo medico consultado, aproximadamente un 5% son canceres de mama metastásicos de entrada, es decir que se llega a este diagnóstico tras la detección de la metástasis.

Se le han administrado los tratamientos adecuados para el tipo de cáncer de mama presentado por la paciente y tras la revisión de su

historia clínica, no consta que su situación clínica actual se haya agravado y eso que según la bibliografía un cáncer de mama avanzado tiene mal pronóstico. A la paciente se le incluyó en un estudio (APICAT), pero en la historia no se hace referencia alguna a ello”.

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 5 de octubre de 2023 (procedimiento 157/2021):

“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.

El error de diagnóstico es fuente de responsabilidad patrimonial de la Administración, por incumplimiento de la obligación de aplicar las técnicas sanitarias en función del proceso de conocimiento de la práctica médica. Ahora bien, no todo error de diagnóstico da lugar a responsabilidad y ha de insistirse en que, para que ello suceda, es necesario que como consecuencia del error no se haya procurado al paciente la asistencia sanitaria exigible”.

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. Traemos a colocación también 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”.*

Por tanto, debe concluirse, como pone de manifiesto el informe de la Inspección Sanitaria, que la asistencia sanitaria prestada a la paciente por los distintos servicios intervinientes, es acorde a la *lex artis*.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada al no haberse acreditado la existencia de mala praxis y no concurrir la antijuridicidad del daño.

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 3 de abril de 2025

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 179/25

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid