

Dictamen n.º: **335/25**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **26.06.25**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 26 de junio 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 Dña., por los daños sufridos por el retraso en el diagnóstico y tratamiento de una rotura total del ligamento lateral del tobillo.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por escrito presentado en una oficina de Correos, dirigido a la Consejería de Sanidad el día 14 de junio de 2023, la interesada antes citada formula reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos por el retraso en el diagnóstico y tratamiento de una rotura total del ligamento lateral del tobillo.

Según refiere en su escrito, el día 10 de agosto de 2021 se encontraba en una instalación de ocio de camas elásticas y sufrió una torcedura de tobillo al caer sobre una plataforma rígida al borde de la cama elástica. Ante la gravedad de la caída y el dolor que presentaba, acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Severo Ochoa,

donde tras exploración y radiografía fue diagnosticada de esguince de tobillo derecho, pautándose tratamiento analgésico, reposo relativo, frío local, vendaje compresivo y posterior tobillera elástica, control por su médico de Atención Primaria y, en caso de complicación, acudir a Urgencias. Reprocha que no fuera derivada al especialista para ser atendida.

Refiere que 19 días después, fue al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Rey Juan Carlos y volvió a ser dada de alta con el diagnóstico de esguince de tobillo derecho y sin ser derivada al Servicio de Traumatología para realizar alguna prueba diagnóstica que pudiera descartar una lesión más grave o que indicara una pauta de tratamiento diferente.

Ante la persistencia de dolores, decidió pedir cita con un especialista el día 13 de septiembre de 2021, señalándose esta para marzo de 2022 por lo que, ante la demora inasumible por el cuadro agudo de dolor que presentaba, formuló una reclamación en su centro de salud.

Expone que el día 7 de septiembre de 2021 causó baja médica, ante la imposibilidad de presentar servicio en su puesto de trabajo, operario de línea de producción y que, fruto de la baja médica, por parte de la mutua de accidentes de trabajo se le realizó una resonancia magnética el día 14 de septiembre de 2021 que informó la ruptura del ligamento lateral del tobillo (fascículo peroneoastragalino anterior) y prescribió tratamiento rehabilitador y fisioterapia de 12 primeras sesiones.

Reclama por el error de diagnóstico y consiguiente retraso en el tratamiento porque dice que no fue hasta el día 22 de noviembre de 2021 cuando el Servicio de Traumatología del Hospital Universitario Severo Ochoa confirmó el diagnóstico emitido por su mutua, indicándose como tratamiento rehabilitación y fisioterapia para la recuperación; evitar

impactos al menos seis meses tras la lesión y solicito resonancia magnética de control para dentro de, al menos, dos meses.

Alega que el *“error en el diagnóstico de la rotura de ligamentos ha provocado un deterioro de la funcionalidad y de las actuales secuelas clínicas que padece”*.

La reclamante reprocha que no se le realizara por primera vez una resonancia magnética por el Servicio de Traumatología del Hospital Universitario Severo Ochoa hasta el día 27 de febrero de 2022 porque hasta entonces, el hospital se estaba basando en la resonancia magnética realizada por su mutua.

Alega que no fue hasta el día 10 de marzo de 2022 cuando se pautó tratamiento rehabilitador urgente y revisión; que el día 1 de junio de 2022, dada la ausencia de mejoría, se mantuvo suspendido el tratamiento con fisioterapia; que en septiembre de 2022 fue derivada a otro especialista para segunda opinión y que el día 20 de octubre de 2022, al no mejorar con las infiltraciones ni la rehabilitación, hubo de ser derivada a la Unidad del Dolor y el día 17 de noviembre de 2022, dada de alta por el Servicio de Traumatología por imposibilidad de mejoría con cirugía y rehabilitación.

La reclamante, de 37 años de edad, solicita una indemnización de 38.623,93 euros, cantidad resultante de la suma de 15.978,20 euros por 14 puntos de secuelas; el 50% del perjuicio personal básico *“dado que la lesión no es consecuencia de una actuación de la administración, sino de un accidente fortuito”* (7.317,72 euros); 10.000 euros por perjuicio moral por pérdida de calidad de vida ocasionada por las secuelas y 5.328 euros por lucro cesante por lesiones temporales.

Acompaña su escrito con copia de los informes médicos por las asistencias sanitarias relacionadas en su escrito y una resolución de 28

de marzo de 2023 de la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) denegatoria de la declaración de incapacidad permanente.

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

La reclamante, de 37 años en el momento de los hechos, sin antecedentes médicos o quirúrgicos de interés el día 10 de agosto de 2021, acudió a Urgencias con motivo de consulta: *“dolor en tobillo derecho”*, refería acudir tras torcedura de tobillo esa misma tarde tolerando deambulación. A la exploración de tobillo derecho se reseña, tumefacción en cara lateral, con dolor a palpación de maléolo peroneo, ligamento peroneo astragalino anterior (LPAA) y ligamento deltoideo, sin dolor a palpación de maléolo tibial ni peroné proximal ni quinto metatarsiano (5MTT). Se hace constar que *“la movilidad articular está conservada, aunque limitada en últimos grados por dolor y sin presentar alteraciones neurovasculares distales”*. Se decide realizar radiografía, no apreciándose lesiones óseas agudas. A la vista del cuadro clínico y los hallazgos en exploración y pruebas complementarias, se indicó el diagnóstico de esguince de tobillo derecho, pautándose tratamiento para el mismo consistente en vendaje compresivo inicial que sustituiría por tobillera elástica en 48-72 horas siguientes, reposo relativo, tratamiento analgésico, control por su médico de Atención Primaria y, en caso de complicaciones, acudir a Urgencias.

El día 29 de agosto de 2021, acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, por no presentar mejoría en relación al dolor de tobillo, a pesar de toma de analgesia y antiinflamatorios (naproxeno y paracetamol) y de recibir tratamiento con fisioterapia, según se anota en informe de alta de la historia clínica. A la exploración física la escala EVA de dolor es 3/10 y se refleja en el informe que la paciente acude por su propio pie, observándose aumento

de volumen a nivel de maléolo externo derecho sin hematomas. No se destaca dolor a palpación en los resaltes óseos, aunque si dolor a palpación del ligamento peroneo astragalino anterior (LPAA) y del ligamento peroneo-astragalino posterior (LPAP). Se destaca que la articulación es estable. Se realiza nueva radiografía, sin hallazgo de lesiones óseas; ante los resultados, se recomienda control por consultas externas de Traumatología, pero se anota que la paciente exige ser vista por Traumatología en ese momento, por lo que fue valorada por dicho servicio, efectuando nueva exploración física que refleja: *“acude caminando; tobillo derecho: no deformidades. BA limitado en últimos grados por dolor; no dolor en maléolos, base de 5° MTT ni peroné proximal; dolor en LPAA y deltoideo; no dolor en tarso MTT; refiere molestias en región poplíteica a nivel de inserciones musculares y en trayecto de músculos peroneos; NVD bien”*. Con el juicio clínico de esguince de tobillo derecho, se pautó tratamiento consistente en uso de tobillera, caminar de forma progresiva, realizar baños de contraste y ejercicios de movilidad de tobillo, además de frío local, y medicación analgésica y antiinflamatoria.

Con fecha 28 de octubre de 2021, la reclamante fue atendida en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Severo Ochoa, por continuar con molestias y limitación funcional. Aportaba una resonancia magnética realizada en su mutua, en la que se observaba rotura de ligamento lateral de tobillo. A la exploración, no se evidenciaban limitaciones a la movilización pese al dolor, sin destacarse otros hallazgos. La resonancia magnética, realizada el día 14 de septiembre de 2021, informaba como conclusión de ruptura de uno de los fascículos del ligamento externo (LPAA). Fue diagnosticada de rotura ligamentosa, con tratamiento consistente en reposo relativo, frío local y antiinflamatorios, así como derivación a consulta de especialista y seguimiento por su médico de Atención Primaria.

El día 22 de noviembre de 2021, la paciente acudió a consultas de Traumatología en el Hospital Universitario Severo Ochoa. Refería continuar con dolor. A la exploración, según la historia clínica, no se apreciaba inestabilidad con los cajones (maniobra de cajón) ni en subastragalina. Se deja constancia del informe de la resonancia magnética realizado en ciclo de tratamiento rehabilitador en su mutua (anteriormente citado) y se propone plan terapéutico solicitando rehabilitación. Se anota por parte del médico especialista que se explica la importancia de la rehabilitación y fisioterapia para la recuperación, y se explicita evitar impactos al menos 6 meses tras la lesión; se solicita además nueva resonancia magnética de control en dos meses. El diagnóstico que se verifica es el de rotura de LPAA derecho y edema óseo asociado.

El día 28 de febrero de 2022, es nuevamente atendida en consultas externas de Traumatología del Hospital Universitario Severo Ochoa, tras haber realizado rehabilitación en la mutua, según resulta de la historia clínica. Dada la poca mejoría clínica de la paciente en dicho momento, además del dolor persistente a la exploración con limitación para la flexión de rodilla, se solicitó por Traumatología valoración por el Servicio de Rehabilitación y consulta de Pie. En la nueva resonancia magnética, realizada el día 20 de febrero, se observaban hallazgos sugerentes de rotura de LPAA sin apreciar lesiones osteocondrales ni a otros niveles tendinosos.

Con fecha 10 de marzo de 2022, es valorada por Rehabilitación, donde realizan exploración minuciosa, con balance articular de flexión dorsal en tobillo derecho a/p 0°/10° y flexión proximal de 45°, con balance articular de rodilla derecha completo, balance muscular global de 5/5, signo de Thompson no patológico y marcha sin claudicación con talones y puntillas correctamente. Es derivada para tratamiento rehabilitador y revisión.

El día 16 de marzo de 2022, en consulta de Traumatología- Unidad de Pie-, se anota que la patología fue inicialmente tratada con vendaje y sesiones de Rehabilitación por mutua, a pesar de lo cual, la paciente refiere estar muy limitada. En exploración física, se explicita que la flexión plantar está limitada únicamente en últimos grados de movimiento, realizando inversión sin dolor con tobillo derecho y en estabilidad simétrica explorando con miembro contralateral; sí que se reseña dolor insercional en tendón de Aquiles y limitación para flexión de rodilla en bipedestación, manteniendo la rodilla en reposo un balance articular completo (no se destaca por tanto inestabilidad ni alteraciones de la sensibilidad). Se recomiendan ejercicios de estiramientos de gemelos, y es derivada a consulta de segunda opinión por no objetivar patología potencialmente quirúrgica.

Con fecha 10 de mayo de 2022, acudió a revisión al Servicio de Rehabilitación del Hospital Universitario Severo Ochoa, a petición del fisioterapeuta responsable por mala tolerancia del tratamiento, explicitando en el mismo un resumen de las técnicas utilizadas. *“Refiere la paciente muy mala tolerancia al tratamiento, se le saltan las lágrimas con las manipulaciones de la fisioterapia y además no nota ningún beneficio con el tratamiento”.*

Dada la similitud con la exploración física previa, se actualizó el tratamiento de fisioterapia para valorar la respuesta, eliminando técnicas de masoterapia, *“mantenemos CTAA y estiramientos de cadena posterior+ propiocepción-potenciación de tobillo, añadido MGT y suspendo US”.*

El día 26 de mayo de 2022, acudió a revisión en Rehabilitación. Refiere seguir muy mal, aporta informe de ecografía realizada en su mutua: irregularidad tercio distal de ligamento peroneoastragalino anterior en relación con esguince grado II-III del mismo, ya evolucionado.

Según anotación correspondiente al día 1 de junio de 2022, tras varias citas en rehabilitación y fisioterapia, se decidió la realización de un TAC ante ausencia de mejoría y persistencia de dolor. *“Por el momento y dada la ausencia de mejoría hasta el momento, mantengo suspendido tratamiento de fisio. Reviso con resultados de TC”*.

El TC tobillo se realizó el día 2 de agosto de 2022, no objetivando ninguna lesión osteocondral en astrágalo ni cuerpo libre; si hallazgo de calcificación focal en astrágalo cerca de inserción de LPAA y pequeñas calcificaciones en tendón tibial posterior.

El día 12 de septiembre de 2022, acudió a revisión por el Servicio de Traumatología, revisando TAC y proponiendo infiltración intraarticular de glucocorticoides de manera ecoguiada, dada la limitación, apreciándose leve mejoría tras la técnica. Se recoge en la historia que la flexión dorsal era limitada, siendo la flexión plantar completa y no siendo inestable la articulación.

Con fecha 15 de septiembre 2022, se propone por el Servicio de Rehabilitación RHB nuevo ciclo de tratamiento en función de tolerancia al dolor. *“Explico limitaciones de tratamiento teniendo en cuenta a tiempo de evolución y experiencias previas”*.

El día 1 de noviembre de 2022 fue vista por la Unidad de Dolor del Hospital Universitario Severo Ochoa, verificando que la paciente estaba en seguimiento por Rehabilitación (magnetoterapia, ultrasonido y masaje) y que no padecía alodinia ni claro edema, por lo que se propuso tratamiento con pregabalina con dosis ascendente y con radiofrecuencia de tobillo programada.

Con fecha 17 de noviembre de 2022, se emite informe conjunto de los Servicios de Traumatología y Rehabilitación del Hospital Universitario Severo Ochoa, en el que se resume la historia patológica de la paciente en relación a tobillo derecho, con las pruebas y tratamiento propuestos.

Refiere en consulta de Rehabilitación nula mejoría con dicho tratamiento, con escala de dolor EVA 7-8/10. En exploración física de dicha consulta no hay alteraciones a la inspección del tobillo, sí dolor a palpación de LPAA y deltoideo, así como mortaja y arco plantar medial. Se comunica a la paciente que, valorando todas las pruebas, y sintomatología, no hay evidencia de lesión susceptible de mejoría mediante tratamiento quirúrgico, habiendo agotado las posibilidades de tratamiento rehabilitador persistiendo a pesar del mismo, secuela de cierta limitación de dorsiflexión de tobillo y dolor persistente en articulación y dado que la patología se encuentra estabilizada; se decide alta de ambos servicios y continuación del seguimiento a cargo de la Unidad de Dolor.

Con fecha 28 de noviembre de 2022, se emite informe por parte de jefe de Servicio de Traumatología de Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, para segunda opinión diagnóstica. El citado informe dice:

«En relación con la solicitud de segunda opinión médica en nuestro Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología de doña (...), (...), atendida en el Hospital Universitario del Severo Ochoa revisados los informes remitidos consideramos que la asistencia que se está practicando es correcta y que no difiere significativamente de la que le proporcionaríamos en nuestro servicio.

Una talalgia sin motivo clínico aparente, con RM sin hallazgos patológicos (con TC que informa de calcificación focal adyacente a la cortical lateral del astrágalo en las proximidades de la inserción del ligamento peroneo-astragalino y otras pequeñas en las inmediaciones del tendón tibial posterior), justifica la observación y el “alta por estabilización” propuesta por sus facultativos con tratamiento simonático y fortalecimiento de la musculatura estabilizadora el tobillo. No obstante una artroscopia exploradora es una opción teórica

en un contexto como el que descrito que podría considerarse en su hospital, si bien de resultados impredecibles».

No constan en la historia clínica nuevas atenciones en Urgencias por motivo de dolor en tobillo derecho, si por otras condiciones como embarazo y parto y dolor muscular; no relevantes con caso actual.

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).

Requerida por la Administración para que aportara la documentación clínica de su mutua, el día 5 de julio de 2023, la interesada presenta escrito adjuntando la documentación solicitada.

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81 de la LPAC, se ha incorporado al expediente un informe del jefe de Servicio Urgencias del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, de 29 de junio de 2023 que relata la asistencia prestada a la paciente y concluye:

“Respecto a las lesiones ligamentosas de tobillo, salvo que generen una inestabilidad importante, el diagnóstico es evolutivo.

Las indicaciones de otras pruebas de imagen más allá de las radiografías simples están limitadas en Urgencias a ciertos criterios clínico-radiológicos que la paciente no cumplía.

Por lo anterior, la atención brindada a la paciente desde el primer momento en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Rey Juan Carlos se ajusta a la lex artis ad hoc y a la práctica clínica, como así ha quedado sustentando”.

Figura, asimismo, un informe del jefe de Servicio de Traumatología del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, de 29 de junio de 2023 que dice:

“La paciente fue atendida en el Servicio de Urgencias 21 días después de su lesión y según se recoge en el informe de Urgencias, la paciente acude caminando.

Dña.(...), fue explorada físicamente tanto por un Facultativo del Servicio de Urgencias, como por un Facultativo del Servicio de Traumatología. En su Historia Clínica queda reflejado que el tobillo no mostraba signos de inestabilidad, en ese momento, que sugiriesen la lesión descrita posteriormente en la Resonancia Magnética.

Existe evidencia científica en el momento actual que justifica, sin duda, el tratamiento ofrecido a la paciente que sostiene:

- No hay prueba de que el tratamiento quirúrgico tenga ningún papel en la patología que presenta la paciente.*
- El tratamiento funcional evitando largos períodos de inmovilización ofrece mejores resultados; aun así, la duda respecto a inmovilizar o no a la paciente estaría justificada en el primer centro en el que se le atendió, no en nuestro caso. Se adjunta bibliografía.*

Por todo ello, se cumplió con la lex artis en todo momento, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento, según la actual evidencia científica y no existe ningún daño que se pueda atribuir a la atención brindada a la paciente por parte del Hospital Universitario Rey Juan Carlos”.

Con fecha 26 de junio de 2023, emite informe el jefe de Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario Severo Ochoa que, tras relatar las distintas asistencias realizadas a la

reclamante, y con apoyo de la bibliografía, se pronuncia sobre el diagnóstico al señalar que se trataba de *“un esguince grado II del ligamento lateral externo del tobillo: existe ruptura del LPAA (peroneo astragalino anterior) e integridad del LPC (peroneo calcáneo) y del LPAP (peroneo astragalino posterior), no existiendo inestabilidades en el tobillo”*.

En relación con el tratamiento pautado, el informe dice:

“El tratamiento prescrito tanto en urgencias como en la consulta de traumatología, se han seguido los procedimientos adecuados.

Los principios del tratamiento de las lesiones del LCL se centran en obtener una completa y rápida rehabilitación con la mínima morbilidad y el menor riesgo de inestabilidad futura (1).

Existe unanimidad en que los grados I y II el tratamiento conservador es la pauta recomendada y casi sin excepción con buena evolución. Este tratamiento funcional incluye aplicación de hielo, reposos, compresión y elevación del miembro, un periodo corto de inmovilización con vendaje funcional y ejercicios de movilización y recuperación neuromuscular sin descarga de la extremidad (3,4,5,6)”.

“El tratamiento de los esguinces de grado III no esta tan claro, aunque cada vez hay más evidencias que demuestran que el tratamiento funcional produce buenos resultados sin dejar inestabilidades secundarias, incluso en deportistas (5,6)”.

“Además, en los casos (10-20% del total) que pueden necesitar reparaciones secundarias de los ligamentos lesionados con suturas directas diferidas o reconstrucción con tenodesis, los resultados obtenidos, incluso años después de la lesión, son tan buenos como los obtenidos con la sutura primaria (5)”.

“En este caso al tratarse de un esguince grado II del LLE, se le realizó un tratamiento funcional, desestimándose la necesidad de realizar tratamiento quirúrgico”.

Con fecha 27 de junio de 2023, emite informe el jefe de Sección de Rehabilitación del Hospital Universitario Severo Ochoa, que dice que la definición de esguince de tobillo como estiramiento, rotura parcial o rotura completa de al menos un ligamento de dicha articulación, supone que el diagnóstico inicial no se puede considerar incorrecto. Destaca que la paciente fue remitida a dicha consulta y atendida el día 10 de marzo de 2022 remitida por el Servicio de Traumatología mediante interconsulta solicitada el 28 de febrero de 2022 para valoración de tratamiento rehabilitador por presentar lesión en ligamento peroneo astragalino anterior. El informe concluye que, al alta en Rehabilitación tras 28 sesiones, la paciente refería nula mejoría, *“quedando como secuela, el dolor que refiere y una limitación en la FO tobillo que no la hace claudicar en la marcha ni le impide la marcha de puntillas ni talones como se refleja ya en la valoración inicial. No existe limitación en la flexión plantar como se hace constar en el escrito de reclamación”.*

Consta, igualmente, un informe, de 23 de junio de 2023, del jefe de Sección de la Unidad de Dolor Crónico del Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor, del Hospital Universitario Severo Ochoa que dice:

“La paciente Doña (...) fue valorada como primera visita en la Unidad del Dolor Crónico el 4 de noviembre del 2022, donde en la exploración se descarta cambios de coloración, ausencia de alodinia y dolor a nivel de articulación tibio astragalina, con limitación a flexión dorsal. En dicha consulta, se revisan todas las pruebas aportadas, como TAC, RMN y EMG, y se prescribe fármacos neuromoduladores, y se propone realizar técnica a nivel de articulación tibio-astragalina. Se llama el día 15 de diciembre para citar a la paciente y se suspende la

técnica por encontrarse embarazada, ya que la técnica precisa escopia para su realización. Se vuelve a realizar llamada el 26 de enero del 2023 y 15 de marzo del 2023 donde se plantea de nuevo la técnica por empeoramiento del dolor pero prefiere retrasar dicha técnica hasta finalizar embarazo. Se acuerda realizar nueva llamada en agosto y se deja pedida ya la técnica, dado que la fecha probable de parto es en julio.

El manejo por parte de la Unidad del dolor en dolor osteotendinoso es el que se ha llevado a cabo con la paciente: tratamiento farmacológico y técnicas intervencionistas que en su caso no se han podido realizar por la necesidad de utilizar escopia y la paciente está en estado de gravidez. Se han realizado a parte de la primera visita, tres llamadas telefónicas por parte de nuestro servicio”.

Con fecha 13 de mayo de 2021, emite informe la Inspección Sanitaria que, tras efectuar un relato de los hechos que incluye la asistencia sanitaria por el Hospital Universitario Rey Juan Carlos el día 29 de agosto de 2021, se limita a examinar exclusivamente la asistencia prestada a la paciente por el Hospital Universitario Severo Ochoa y concluye que:

“A juicio de esta inspección, la atención sanitaria prestada desde el HUSO en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la patología de esguince de tobillo derecho, salvo criterio en contra, se presta acorde a Lex Artis”.

Se ha incorporado la historia clínica de la paciente en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos, en el Hospital Universitario Severo Ochoa y en su centro de Atención Primaria.

Después de la incorporación de los anteriores informes, consta que se cumplimentó el trámite de audiencia a la reclamante, que formuló alegaciones, ratificándose en su escrito de reclamación.

Notificado el trámite de audiencia, también, al Hospital Universitario Rey Juan Carlos, este no formuló alegaciones.

Con fecha 7 de octubre de 2024, la viceconsejera de Sanidad y directora general del Servicio Madrileño de Salud formuló propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación al considerar la asistencia prestada acorde a *lex artis* y no concurrir los presupuestos necesarios para la declaración de responsabilidad patrimonial.

Solicitado dictamen a esta Comisión Jurídica Asesora, con fecha 14 de noviembre de 2024, este órgano consultivo emitió el dictamen 718/24, en el que se concluía que procedía la retroacción del procedimiento para que el informe de la Inspección Sanitaria se pronunciara también sobre la asistencia prestada por los servicios de Urgencias y Traumatología del Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

Acordada la retroacción del procedimiento, con fecha 4 de abril de 2025, la Inspección Sanitaria emite nuevo informe con la siguiente conclusión:

“Tras la revisión de la documentación aportada y bibliografía consultada, así como el informe de inspección anterior, ésta inspección concluye y aclara:

- Esta inspección se ratifica en que el diagnóstico de esguince de tobillo derecho tras la atención el día 10/08/2021 por parte de Servicio de Urgencias del HUSO atendiendo a la exploración, signos y síntomas que presentaba la paciente, es acorde a lex artis.

- La atención por parte del servicio de urgencias de HURJC y servicio de traumatología en fecha 29/08/2021 (esto es 19 días después) por no mejoría en relación a dolor de tobillo atendiendo a la exploración,

signos y síntomas que presentaba la paciente según historia clínica, es acorde a práctica médica habitual.

- A juicio de esta inspección, la atención sanitaria prestada desde el HUSO en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la patología de esguince de tobillo derecho, salvo criterio en contra, se presta acorde a Lex Artis”.

Concedido nuevo trámite de audiencia a los interesados, el día 9 de mayo de 2025, la reclamante presenta nuevo escrito de alegaciones, ratificándose en el contenido de su anterior escrito e insistiendo que hubo un error y retraso en el diagnóstico de la rotura del ligamento, por lo que no se pautó el tratamiento indicado para este tipo de lesión, con las secuelas que ello le ha supuesto.

El día 28 de abril de 2025 presenta escrito de alegaciones la gerente del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, oponiéndose a la reclamación formulada y declarando que la asistencia dispensada por el citado centro hospitalario ha sido conforme a la *lex artis*.

El día 10 de junio de 2025, la viceconsejera de Sanidad y directora general del Servicio Madrileño de Salud fórmula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación al considerar la asistencia prestada acorde a *lex artis* y no concurrir los presupuestos necesarios para la declaración de responsabilidad patrimonial.

CUARTO.- Por escrito de la consejera de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 17 de junio 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 326/25, 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 26 de junio 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, por solicitud del 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 por el Hospital Universitario Severo Ochoa y por el Hospital Universitario Rey Juan Carlos. El primero integrado en la red sanitaria pública del SERMAS. El segundo, un centro sanitario concertado con la Comunidad de Madrid. A este respecto esta Comisión viene reconociendo la legitimación de la Comunidad de Madrid en los supuestos en los que la asistencia sanitaria se presta en centros concertados siguiendo el criterio mantenido por el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en sentencias como la de 14 de marzo de 2013 (rec. 1018/2010).

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, la reclamante reprocha que el retraso en el diagnóstico de la ruptura del ligamento lateral del tobillo (fascículo peroneoastragalino anterior), puesto de manifiesto por la resonancia magnética realizada por su mutua el día 14 de septiembre de 2021, fue confirmado por el Servicio de Traumatología del Hospital Universitario Severo Ochoa el día 22 de noviembre de 2021, proponiendo como plan terapéutico la rehabilitación y fisioterapia para la recuperación, y se explicita evitar impactos al menos 6 meses tras la lesión. Considera que las secuelas que padece, puestas de manifiesto tras el fracaso del tratamiento rehabilitador, en noviembre de 2022, son consecuencia del citado error de diagnóstico y su consiguiente retraso en el tratamiento.

Por tanto, la reclamación presentada el día 14 de junio de 2023, está formulada en plazo.

En relación con el procedimiento seguido, se ha solicitado el informe preceptivo previsto en el artículo 81 de la LPAC, esto es, al Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, a la Sección de Rehabilitación y a la Sección del Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor del Hospital Universitario Severo Ochoa, así como al Servicio de Urgencias y al Servicio de Traumatología del Hospital Universitario Rey Juan Carlos y se ha incorporado al expediente la historia clínica de la paciente en ambos centro, así como la correspondiente a su centro de salud y el informe del Servicio de Traumatología del Hospital Universitario 12 de Octubre en consulta sobre segunda opinión diagnóstica.

Después de la incorporación de la anterior documentación y tras la conclusión formulada en el dictamen 718/24, que consideró que el informe de la Inspección Sanitaria debía pronunciarse también sobre la asistencia prestada el Hospital Universitario Severo Ochoa, se ha emitido nuevo informe por la Inspección Sanitaria el día 4 de abril de 2025.

Tras la incorporación del anterior informe, se ha dado nueva audiencia a la reclamante y al Hospital Universitario Rey Juan Carlos, que han formulado alegaciones y se ha dictado nueva 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 probado en el expediente que la reclamante fue diagnosticada de rotura del ligamento lateral del tobillo el día 14 de septiembre de 2021, es decir, transcurrido más de un mes desde la primera asistencia sanitaria el día 10 de agosto (cuando sufrió una caída en una instalación de ocio de camas elásticas) y 16 días después de la segunda de las asistencias, en

el Hospital Universitario Rey Juan Carlos. La interesada reprocha que le han quedado secuelas por el retraso en el diagnóstico de la lesión.

Acreditada 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 a la 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 12 de enero de 2023 (recurso 414/2020) 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”*.

En el presente caso, la reclamante no aporta prueba alguna que acredite la existencia de mala praxis, limitándose a señalar que los problemas en su tobillo derecho que presenta al tiempo de la presentación de la reclamación, son consecuencia del retraso en el diagnóstico de la rotura del ligamento lateral del tobillo, diagnosticada un mes más tarde.

Frente a la falta de prueba aportada por la reclamante, hay que estar a los informes médicos obrantes en el expediente y, especialmente, al informe de la Inspección Sanitaria, que concluye que la asistencia sanitaria prestada a la reclamante fue adecuada y conforme a la *lex artis*. 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”*.

El médico inspector destaca en su informe que el esguince de tobillo es posiblemente la lesión más frecuente en los servicios de Urgencias y que, según la bibliografía relacionada, el 85% de los esguinces del tobillo afectan al ligamento lateral externo (LLE). Dentro de la afectación del LLE, el haz más frecuentemente afectado es el ligamento peroneoastragalino anterior (LPAA), el 66% de los casos, mientras que en el 22% se afectan de manera conjunta el PAA y el ligamento peroneocalcáneo (PC). El informe destaca que el término *“esguince”* define la lesión de uno o más ligamentos. La severidad del esguince está en función de la extensión de la lesión, es decir, si se trata de un estiramiento excesivo o de un desgarro parcial o completo del ligamento, y del número de ligamentos implicados, siendo así el esguince de grado II o moderado el desgarro parcial del ligamento, caracterizándose clínicamente por hematoma, dolor moderado e hinchazón, sin la pérdida de estabilidad de la articulación, y el esguince de grado III desgarro o rotura completa del ligamento. El dolor, la hinchazón y el hematoma suelen ser importantes y el paciente es incapaz de apoyarse sobre la articulación. El diagnóstico del esguince de tobillo en cualquiera de sus grados, es fundamentalmente clínico y se basa en la anamnesis y en la exploración, pudiendo ser de ayuda pruebas complementarias para descartar sobre todo lesiones óseas.

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.”

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 a 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”.*

Debe tenerse en cuenta que la asistencia médica ha de atender las circunstancias de la asistencia y a los síntomas del enfermo, mediante un juicio ex ante y no ex post. Así lo ha manifestado el Tribunal Supremo en Sentencia de 13 de enero de 2015 (recurso de casación para la unificación de doctrina nº 2834/2013) y el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en sus sentencias de 4 de abril de 2017 (recurso contencioso-administrativo nº 532/2015) y 8 de julio de 2021 (recurso contencioso-administrativo 1142/2019) al declarar que *«... la calificación de una praxis asistencial como buena o mala no debe realizarse por un juicio “ex post”, sino por un juicio ex ante, es decir, si con los datos disponibles en el momento en que se adopta una decisión sobre la*

diagnosis o tratamiento puede considerarse que tal decisión es adecuada a la clínica que presenta el paciente».

Como pone de manifiesto el informe de la Inspección, los signos y síntomas habituales de los esguinces incluyen dolor, hinchazón, hematoma y pérdida funcional, cuya intensidad depende de la severidad del esguince. Según el médico inspector, *“durante la fase aguda, el paciente refiere dolor, tumefacción y molestias a la palpación sobre los ligamentos lesionados. Existiendo habitualmente una incapacidad total para la deambulaci3n en casos de esguince de tobillo grado III en los que existe rotura de ligamento e inestabilidad secundaria resultante, siendo generalmente improbable que el paciente pueda caminar sin asistencia. Es por todo ello, que la no sospecha de rotura de ligamento en dicha consulta, no se puede asociar a una mala praxis m3dica, sino al diagn3stico m3s probable seg3n los signos y s3ntomas cl3nicos del momento, no a juicio del diagn3stico final. Por todo ello y salvo criterio en contra, a juicio de esta inspecci3n, esta asistencia fue acorde a pr3ctica m3dica habitual”.*

En relaci3n con la asistencia prestada por el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Rey Juan Carlos el d3a 29 de agosto de 2021, 19 d3as despu3s, el informe destaca c3mo la exploraci3n f3sica realizada indicaba que *“la escala EVA de dolor es 3/10 y que la paciente acude por su propio pie, adem3s de destacar evidencia de aumento de volumen a nivel de mal3olo externo derecho sin hematomas. No se destaca dolor a palpaci3n en los resaltes 3seos, aunque si dolor a palpaci3n de LPAA y LPAP. Se destaca que la articulaci3n es estable. P3gina 1, documento 3.2A. Se realiza nueva radiograf3a, sin hallazgo de lesiones 3seas; ante los resultados, se recomienda control por consultas externas de traumatolog3a, pero se anota que la paciente exige ser vista por traumatolog3a en dicho momento”.* Accediendo a dicha exigencia, la paciente fue vista por Traumatolog3a realiz3ndose nueva exploraci3n f3sica cuyo resultado figura anotado en la historia.

El informe de la Inspección analiza también esta segunda asistencia y declara:

“Como se objetiva en la bibliografía, en un esguince de grado III, debido a la rotura completa del ligamento y la inestabilidad resultante, es generalmente improbable que el paciente pueda caminar sin asistencia [1]. En este tipo de esguinces, lo más habitual es una pérdida de la función y del movimiento; siendo los pacientes incapaces de caminar o apoyarse debido al dolor intenso e inestabilidad significativa en su gran mayoría. Dada la exploración resultante en esta visita a urgencias, la escala de dolor EVA que fue 3/10 (poco dolor) y dado que la paciente acude caminando, parece razonable pensar en la práctica médica habitual, que la lesión que sufría la paciente no era un esguince grado III o complicado sino un esguince de tobillo grado I u II, por lo que la atención fue acorde a los síntomas y signos que presentaba la paciente en dicho momento. La RM está indicada en casos donde persisten síntomas después de 6-8 semanas de tratamiento adecuado, para descartar lesiones asociadas como fracturas ocultas o lesiones osteocondrales del astrágalo [2]. Por todo ello y salvo criterio en contra, a juicio de esta inspección, esta asistencia fue acorde a práctica médica habitual”.

Una vez confirmado el diagnóstico de ruptura del ligamento lateral del tobillo por una resonancia magnética realizada en su mutua el día 14 de septiembre, el informe del médico inspector destaca, *“si bien es cierto que en RM se objetiva ruptura de ligamento lateral del tobillo (fascículo peroneoastragalino anterior) no se puede aseverar por parte de esta inspección que la ruptura ya estuviera presente en su primera atención a SU el día de los hechos”.*

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 en la atención dispensada a la reclamante ni 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 26 de junio de 2025

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 345/25

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid