

Dictamen n.º: **522/25**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **16.10.25**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 16 de octubre de 2025, 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 D., (en adelante “*el reclamante*”), por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su progenitor, D., atribuido a una incorrecta asistencia médica en el Hospital Universitario Infanta Elena, de Valdemoro, por un pretendido retraso en el diagnóstico del cáncer de páncreas padecido.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Con fecha 17 de agosto de 2023, se registra por el reclamante escrito de responsabilidad patrimonial frente al SERMAS, por los daños y perjuicios que entiende sufridos por el fallecimiento de su progenitor, que atribuye a una incorrecta asistencia médica en el Hospital Universitario Infanta Elena (HUIE).

La reclamación entiende que se ha producido una negligencia médica en el diagnóstico del cáncer de páncreas padecido por su

familiar, con el resultado final de fallecimiento, al haber comportado una evidente reducción en su esperanza de vida.

Señala, a estos efectos, que, el paciente había padecido episodios de pancreatitis aguda, derivados un mal funcionamiento de la vesícula biliar, por lo que se hacía revisiones periódicas para valorar su extracción en el HUIE. En diciembre de 2019, durante una prueba relativa a esas revisiones, en el informe se recoge: "*páncreas con múltiples pequeños quistes menores de 5-6 mm, distribuidos difusamente en todo el parénquima, aunque predominantemente en cabeza pancreática, comunicando algunos con el conducto pancreático principal que mide aproximadamente 3 mm. Se observa dilatación de algunos conductillos secundarios. Adelgazamiento del parénquima pancreático en cuerpo y cola*". El reclamante refiere que no obstante lo apreciado, al paciente no se le comunicó nada.

Indica seguidamente que en mayo-junio de 2020 se realizó la extracción de la vesícula biliar en el HUIE. Con posterioridad, en febrero de 2021, en el mismo centro médico se le realizó otra prueba de seguimiento, en cuyo informe se lee la frase "*páncreas con ectasia ductal y formaciones quísticas de distribución difusa*". En junio de 2021, tras un episodio de sobre licuación de sangre detectado en el ambulatorio, el paciente acudió a Urgencias del HUIE, donde pasados unos días, se le diagnostica cáncer de páncreas en estadio T4. Refiere el reclamante que se adjunta informe de Oncología, en el que se informa de una masa densa en la misma zona donde se vieron los quistes en las pruebas señaladas.

Señala finalmente que, tras meses de tratamientos y complicaciones derivadas de una infección, que en el HUIE no se consigue atajar, provocando ingresos recurrentes, el paciente se traslada al Hospital Universitario La Paz, produciéndose su fallecimiento el día 31 de agosto de 2022.

El reclamante entiende que se realizaron una serie de pruebas antes del diagnóstico final, donde se veían síntomas de un empeoramiento del órgano previos a la aparición del adenocarcinoma, como mínimo desde diciembre de 2019, esto es, 18 meses antes del diagnóstico fatal.

La reclamación, que no cuantifica la indemnización pretendida, viene acompañada de diversa documentación; así, copia del documento nacional de identidad del reclamante y de su progenitor, certificado del Registro Civil de Leganés del nacimiento del reclamante, del que resulta el vínculo de parentesco alegado en la reclamación, copia de informe de Oncología Médica del HUIE, fechado el 9 de junio de 2021, así como diversa documentación médica referida al proceso asistencial antes expuesto.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación, el órgano instructor solicitó la historia clínica, pudiéndose extraer los siguientes hechos de interés:

El paciente, nacido en el año 1950, presentaba como antecedentes médicos más relevantes, un adenocarcinoma de recto-sigma pT3N1Mo sufrido en 2005, que en el año 2017 cursó alta en Oncología Médica, con indicación de colonoscopia cada 2-3 años, así como episodios de pancreatitis aguda, de origen biliar, por lo que acudía a revisiones periódicas en el HUIE.

El 23 de diciembre de 2019, acude a consulta en el Servicio de Cirugía General y Digestivo, constando como motivo de la misma “*valorar cirugía de vesícula biliar por colelitiasis*”. Se recoge que se explica al paciente su patología y tratamiento y que, tras la valoración de los “*pros y contras*”, no se opta por la intervención quirúrgica. Se plantea “*colangioRM*”.

Con fecha 29 de diciembre de 2019, se realizó colangio-resonancia magnética, en el HUIE. Se recoge en la historia clínica, al respecto de los hallazgos de esta prueba, que *“el hígado es de tamaño y morfología normal sin visualizar lesiones focales.*

No se observa dilatación de la vía biliar intra ni extrahepática.

Vesícula bien distendida con litiasis en su interior y signos de adenomiomatosis.

Páncreas con múltiples pequeños quistes menores de 5-6 mm, distribuidos difusamente en todo el parénquima, aunque predominantemente en cabeza pancreática, comunicando algunos con el conducto pancreático principal que mide aproximadamente 3 mm. Se observa dilatación de algunos conductillos secundarios. Adelgazamiento del parénquima pancreático en cuerpo y cola.

Bazo, adrenales y ambos riñones sin alteraciones significativas.

No evidencia de adenopatías de tamaño significativo en el territorio explorado”.

Se recoge como conclusión: *“colelitiasis y signos de adenomiomatosis, con vía biliar de calibre normal sin coledocolitiasis.*

Múltiples pequeños quistes pancreáticos algunos comunican con el conducto pancreático principal. Dilatación de algunos conductillos secundarios y discreta atrofia parenquimatosa en cuerpo y cola. A valorar pancreatitis crónica”.

Sobre la base de lo expuesto, se hace constar un diagnóstico de colelitiasis y de sospecha radiológica de pancreatitis crónica.

El 2 de enero de 2020, figura una consulta no presencial en el Servicio de Cirugía General y Digestivo, en la que se transcriben los

resultados de la prueba diagnóstica antes referidos. Se recoge seguidamente que *“queda a control por su médico. No precisa revisión por nuestra parte”*.

Con fecha 2 de marzo de 2020, el paciente vuelve a acudir a consulta en el Servicio de Cirugía General y Digestivo. Figura que es derivado por su médico de Atención Primaria por colelitiasis en paciente con antecedente de pancreatitis aguda en 2016. Según se recoge, el paciente estuvo en lista de espera quirúrgica para colecistectomía en el Hospital Infanta Cristina, pero se tuvo que suspender la intervención porque no había suspendido adecuadamente el sintrom por falta de pauta y quiere retomar la cirugía. Se consigna en la historia clínica que *“explico que las colelitiasis pueden causar episodios de pancreatitis aguda y que puede ser que en su caso el episodio anterior fuera por este motivo, sin embargo, también tiene datos de pancreatitis crónica (no refiere ser bebedor habitual) y puede haber episodios de pancreatitis aguda en esta patología. Explico procedimiento quirúrgico: colecistectomía laparoscópica. Explico riesgos y posibles complicaciones como sangrado, infección superficial y profunda, lesión de vía biliar, lesión de víscera hueca, fístula intestinal, laparotomía. Me dice que entiende y firma el CI. Incluyo en LEQ para cirugía con ingreso”*.

El 20 de abril de 2020, en el Servicio de Cirugía General y Digestivo, consta valoración sin paciente presencial. Se recoge que *“en aplicación del protocolo de prevención de riesgo quirúrgico en pacientes con la situación de pandemia actual, el facultativo ha valorado su historial y recomienda aplazar el procedimiento quirúrgico hasta una nueva valoración. El objetivo de este aplazamiento es reducir el riesgo de una complicación quirúrgica que puede darse en el escenario actual”*.

Consulta no presencial en el servicio indicado que vuelve a repetirse el 19 de mayo de 2020.

Con fecha 29 de mayo del 2020, se llevó a cabo la colecistectomía en el HUIE, objetivándose según protocolo quirúrgico *“colecistitis crónica intensamente adherida a duodeno.*

Liberación de fundus vesical y vaciamiento controlado del mismo mediante punción con aguja de verees, objetivándose salida de pus denso. Infundíbulo intensamente adherido a duodeno. Liberación de infundíbulo. Se diseca conducto cístico y se secciona, previa colocación de hem-o-lock. Se diseca arteria cística y se secciona previa colocación de hem-o-lock. Colecistectomía de infundíbulo a fundus dificultosa, intensamente adherida a lecho vesical. Drenaje en lecho vesical y cierre de aponeurosis”.

El 13 de julio de 2020, acude a consulta de revisión tras la intervención quirúrgica apuntada. Se recoge al respecto que *“refiere encontrarse bien con molestias propias del momento postquirúrgico. Buena tolerancia oral y tránsito intestinal presente. Heridas bien, no palpo eventraciones. Refiere dolor puntiforme en región inferior de cicatriz pararectal derecha (no palpo eventración). Dada la buena evolución curso alta”.* Al respecto del alta, se dispone igualmente que dado que *“la anatomía patológica es benigna no precisa seguimiento por Cirugía”.*

El 20 de enero de 2021, el paciente acude a consulta al Servicio de Cirugía General y Digestivo, al ser derivado por su médico de Atención Primaria por presentar molestias abdominales. Se indica que *“refiere desde posterior a colecistectomía molestias abdominales inespecíficas, sin alteración del RP”.* Como plan terapéutico de actuación se consigna *“medidas higiénico-dietéticas. - Analítica. - Ecografía abdominal. - Gastroscopia. Se pondrá en contacto con su MAP sobre la suspensión del sintrom previo a la prueba. - Revisión”.*

En consulta de 6 de abril de 2021, en el servicio de referencia, se recogen los resultados de las distintas pruebas diagnósticas pautadas. En cuanto a la gastroscopia, efectuada en marzo de 2021, se recoge en la historia clínica que concluye en un diagnóstico de “*gastritis antral, hernia de hiato*”. De igual modo, en cuanto a las tomas de muestra de biopsia tomadas del antro del estómago se indica “- *Mucosa gástrica de tipo antral con inflamación crónica moderada sin actividad. - No se identifica atrofia ni displasia. Metaplasia intestinal severa. - No se evidencian bacilos compatibles con Helicobacter Pylori con la tinción de Warthin-Starry*”. En cuanto al uroTC realizado en el mes de febrero, se recoge como conclusión del mismo “*colecistectomía. Páncreas con ectasia ductal y formaciones quísticas de distribución difusa. Vejiga a mediana repleción con impronta prostática de aspecto hipertrófico heterogénea inespecífica. Ateromatosis de eje aortoiliaco. Nódulo (2 cm) en línea media anterior de área omental subyacente a pared abdominal de naturaleza inespecífica. (necrosis grasa, postcirugía ...)*”.

En cuanto al plan terapéutico de actuación, se solicita analítica de control con marcadores y ultrasonido endoscópico para próxima revisión.

El 9 de junio de 2021, figura la primera consulta en Oncología Médica del HUIE. En dicha consulta se hace referencia al resultado del TC body efectuado, recogiendo la conclusión, conforme a la cual, se aprecia “*masa en cabeza de páncreas, hipodensa, de 4,6 cm, que está en íntimo contacto con vena y arteria mesentéricas superiores, rodeándolas en menos de 180 grados, hallazgos en relación con neoplasia de cabeza de páncreas.*”

La masa condiciona significativa dilatación de conducto pancreático principal y de colédoco de hasta 19 mm.

Nódulo mesentérico anterior de 17 mm que podría corresponder a metástasis peritoneal. Se transcriben igualmente los resultados de sendas ecoendoscopias radial y lineal.

Se recoge, conforme a todo ello, un diagnóstico de *“lesión pancreática neoformativa Estadio T4 N0. Afectación vascular secundaria”*.

En informe de Oncología Médica, fechado el 21 de junio de 2021, se recoge como juicio clínico un adenocarcinoma de páncreas localmente avanzado, consignándose como plan terapéutico, quimioterapia neoadyuvante según esquema folfirinox (5-FU/ oxaliplatino/ irinotecan) x 4 a 6 ciclos y nueva valoración para plantear rescate quirúrgico.

Continúa seguidamente recibiendo asistencia médica en el HUIE, hasta que, en el mes de abril de 2022, acude al Hospital Universitario La Paz, donde continúa con el tratamiento médico, presentado una tórpida evolución, hasta que se produce su fallecimiento el 31 de agosto de 2022.

TERCERO.- Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del procedimiento de responsabilidad patrimonial de acuerdo con la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

Con fecha 12 de septiembre de 2023, se notifica al reclamante, requerimiento de la instrucción a efectos de que, en el plazo de diez días, firme la reclamación interpuesta, aporte certificado de defunción de su progenitor y cuantifique la indemnización pretendida.

Requerimiento que se atiende el día 22 de igual mes y año, registrándose escrito firmado por el reclamante que se reitera en la reclamación interpuesta, indicando que la indemnización pretendida

es de cuantía superior a 15.000 euros, al tiempo que aporta certificado literal de inscripción de defunción de su progenitor.

Por escrito de la instrucción se requiere del HUIE, la remisión de la historia clínica del paciente, exclusivamente relacionada con los hechos objeto de la reclamación, el informe preceptivo de los servicios de Cirugía General y Digestivo, Radiodiagnóstico y Oncología Médica, así como que informen si la atención fue o no prestada a través del concierto con la Consejería de Sanidad, y si los facultativos intervinientes en dicha atención pertenecen a la Administración Sanitaria Madrileña.

El 30 de octubre de 2023, el HUIE viene a personarse en el expediente, aportando la historia clínica y los informes requeridos e informando que la asistencia controvertida fue prestada vía concierto, perteneciendo los facultativos intervinientes a su plantilla.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 81.1 de la LPAC, figuran en el expediente los correspondientes informes de los servicios médicos que prestaron la asistencia médica objeto de reproche.

Fechado el 25 de octubre de 2023, figura informe del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Señala el mismo que “...en esta primera valoración se constata la existencia de un episodio previo de pancreatitis, que es en sí mismo un factor de riesgo para el desarrollo de un proceso neoplásico. (*Epithelial memory of inflammation limits tissue damage while promoting pancreatic tumorigenesis. Science. 2021 Sep 17;373(6561).*)

A pesar de que el paciente acude para valorar colecistectomía se evalúan sus antecedentes personales (arritmia, trombosis venosa profunda, EPOC y adenocarcinoma de colon en 2005) tras el análisis conjunto de la situación con el paciente, se decide no realizar la intervención d

cirugía y se solicita un Colangiografía para determinar la situación de su páncreas, que en esta valoración ha estado expuesto a un proceso inflamatorio, y de la vesicular biliar.”. Continúa señalando en relación con la resonancia de diciembre de 2019 que “los hallazgos en esta prueba de imagen son compatible nuevamente con un proceso inflamatorio, que, en este punto, constatan una situación d cronicidad, siendo nuevamente la pancreatitis crónica un factor predisponente al desarrollo de una neoplasia pancreática. (...)

Con ese resultado, dada la sospecha radiológica de pancreatitis crónica, y tras consensuar con el paciente su nuevo planteamiento de no intervenirse tras ser convenientemente informado de los riesgos y alternativas, se emite informe con fecha 2 de enero de 2020. Por lo tanto, a diferencia de lo que figura en su escrito, queda registrada la naturaleza de su patología ausencia de sospecha de patología neoplásica en esa primera valoración”.

Continúa refiriendo que “tras la intervención quirúrgica se realiza una tomografía computarizada objetivándose "Páncreas con ectasia dueto/ y formaciones quísticas de distribución difusa. De nuevo, se trata de unas imágenes compatibles con el diagnóstico de benignidad y que no son sospechas de un proceso maligno”, concluyendo posteriormente que “en resumen, hasta la finalización del proceso por el que fue atendido el paciente en el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Infanta Elena, en ningún momento se constató la existencia de una imagen radiológica, una sospecha clínica ni una confirmación histológica de que el paciente presentara un proceso neoplásico en el momento de la valoración. No obstante, el paciente contaba con un factor predisponente para el desarrollo de un adenocarcinoma de páncreas, un cuadro de pancreatitis, documentado desde el año 2016”.

El Servicio de Oncología Médica, emite su informe el 25 de octubre de 2023, en el que se recoge *“paciente diagnosticado en junio 2021 de un Adenocarcinoma páncreas cT4 (contacto VMSy AMS menor 180°) NOMO (nódulo mesentérico negativo paramalignidad). Se colocó una endorótesis biliar. Posteriormente inició tratamiento según esquema FOLFIRINOX (5-FU/Oxaliplatino/ Irinotecan) x 6 ciclos hasta septiembre de 2021.*

En octubre de 2021 se realizaron pruebas de imagen (RMN y PET-TC) observándose respuesta parcial de la enfermedad. Se comentó en comité de tumores digestivos decidiéndose tratamiento de radioterapia para maximizar la respuesta y poder plantear el rescate quirúrgico.

Durante la radioterapia presentó varios episodios de colangitis con ingresos hospitalarios que obligaron a posponer el tratamiento de radioterapia. El paciente completó dos sesiones de Radioterapia de las cinco previstas (última sesión el 2 de marzo de 2022).

El 12 de mayo de 2022 acudió el hijo a consulta médica y nos Informó que el paciente estaba ingresado en el Hospital 12 de octubre por nuevo episodio de colangitis. Se comentaron los resultados de las pruebas realizadas tras el tratamiento de radioterapia y la situación clínica del paciente. A partir de ese momento el paciente continuó en seguimiento y tratamiento fuera de nuestro hospital”.

Con igual fecha, 25 de octubre de 2023, obra informe del Servicio de Radiología. Aborda el mismo las distintas pruebas diagnósticas efectuadas, siendo así que, en relación a la colangio resonancia de diciembre de 2019, señala que *“estos hallazgos están descritos en el informe radiológico y en la conclusión radiológica orientando a valorar el diagnóstico de pancreatitis crónica.*

En esta prueba de imagen no se observan hallazgos relacionados con el diagnóstico encontrado en TAC de abdomen de 29 de mayo de 2021, es decir, no se observan alteraciones de señal, morfología o difusión en cabeza de páncreas.

Los quistes descritos están distribuidos en todo el parénquima (cabeza, cuerpo y cola), lo que orienta a una enfermedad difusa pancreática (pancreatitis crónica) y no una enfermedad focal en cabeza (neoplasia).

Además, no se observan signos indirectos de lesión ocupante de espacio en cabeza de páncreas como dilatación de vía biliar principal o dilatación de vía pancreática principal (>3mm); tampoco se observan adenopatías u otras alteraciones que sugieran infiltración/ extensión de una lesión neoplásica en cabeza de páncreas. Por lo tanto, desde el punto de vista radiológico, en esta prueba, con esta técnica, en esta fecha, no se objetivan hallazgos patológicos directos o indirectos en cabeza de páncreas que hicieran sospechar patología de origen neoplásico, por lo que se puede inferir/deducir que dicha enfermedad no estaba presente en el momento de dicha exploración, y si lo estaba, estaba fuera de los límites de la capacidad resolutive de la prueba de imagen”.

En cuanto a la angio TC – uroTC de febrero de 2021, se indica que “en este TC, aunque se siguen observando lesiones quísticas de distribución difusa en páncreas, hallazgo que ya había sido descrito en estudio previo, no se logra observar directamente una lesión en cabeza de páncreas, y tampoco existe otro signo clásico de lesiones de cabeza de páncreas como es la dilatación del colédoco y de la vía biliar intrahepática.

Tampoco se observan en este estudio signos de extensión local infiltrativa, vascular o adenopatías locorregionales, que orienten claramente a patología de origen neoplásico. Por lo tanto, desde el

punto de vista radiológico, existe duda razonable de la sensibilidad de esta prueba para el diagnóstico, teniendo en cuenta que no presenta los signos clásicos y el estudio estaba protocolizado para otro motivo clínico”.

Finalmente, en cuanto a la TAC de mayo de 2021, indica que *“en el estudio de mayo 2021 presenta cambios significativos con significativa dilatación de vía biliar intrahepática y colédoco, lo que elevó la sospecha y la certeza diagnóstica”.*

El 17 de febrero de 2025, se emite el informe de la Inspección Médica en el que se concluye afirmando la inexistencia de irregularidad alguna en la asistencia médica prestada al paciente.

Con posterioridad, se concede trámite de audiencia al HUIE, notificado el 14 de mayo de 2025, formulándose alegaciones el 30 de julio de 2025 en las que sostiene que la asistencia prestada al paciente ha de ser considerada conforme a la *lex artis ad hoc*, tal y como refieren los informes de los servicios afectados y el propio informe de la Inspección Médica.

El 2 de junio de 2025, se notifica igual trámite al reclamante, sin que conste en el expediente remitido, la formulación de alegaciones por su parte.

Por la viceconsejera de Sanidad se elabora el 5 de agosto de 2025 la oportuna propuesta de resolución, en la que se interesa desestimar la reclamación interpuesta.

CUARTO.- El 22 de agosto de 2025, tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial. Correspondió la solicitud de consulta del

presente expediente 475/25 al letrado vocal D. Javier Espinal Manzanares que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en sesión del día citado en el encabezamiento.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía indeterminada, y a solicitud 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, 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 legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial corresponde, al amparo del artículo 4 de

la LPAC y el artículo 32 de la LRJSP, al reclamante, en su condición de hijo del paciente fallecido, cuyo fallecimiento, atribuido a una mala praxis médica, le genera un indudable daño moral legitimador de la reclamación interpuesta. Consta acreditado el vínculo de parentesco en los términos anteriormente expuestos.

Se cumple la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, por cuanto el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado en el HUIE, centro de gestión privada integrado en la red del SERMAS. A este respecto esta Comisión viene reconociendo en numerosos dictámenes (323/20, de 28 de julio, 222/17, de 1 de junio, 72/18, de 15 de febrero y 219/18, de 17 de mayo), 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) o la más reciente, de 16 de octubre de 2023 (rec. 50/2022).

En lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 de la LPAC, el derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo, precisando que, en caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas. En el presente caso, la reclamación de responsabilidad patrimonial se interpone el 17 de agosto de 2023, constando en las actuaciones que el fallecimiento del progenitor se produjo el 31 de agosto de 2022, por lo que, atendiendo a estas fechas, debe entenderse que la reclamación se ha interpuesto dentro del plazo fijado al efecto.

Por lo que se refiere al procedimiento seguido en la tramitación de la reclamación de responsabilidad patrimonial, se observa que en

cumplimiento del artículo 81 de la LPAC, se ha emitido informe por los servicios médicos que intervinieron en la asistencia prestada al reclamante. De igual modo consta incorporada la historia clínica de la asistencia prestada al paciente en el HUIE, así como la correspondiente al Hospital Universitario La Paz y la de Atención Primaria, y se ha emitido informe por la Inspección Sanitaria con el resultado expuesto en los antecedentes de este dictamen. Tras ello, se confirió trámite de audiencia al reclamante y al HUIE que hicieron uso, en su caso, del trámite concedido en los términos expuestos.

Finalmente se redactó la propuesta de resolución en sentido desestimatorio de la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada.

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

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

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, requiere la concurrencia de varios requisitos:

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

b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal.

c) Que exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, sin que ésta sea producida por fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005) y otras sentencias allí recogidas, *“no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”*.

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2022 (recurso 771/2020), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo: *«el hecho de que la responsabilidad extracontractual de las Administraciones públicas esté configurada como una responsabilidad objetiva no quiere decir, ni dice, que baste con haber ingresado en un centro hospitalario público y ser sometido en el mismo al tratamiento terapéutico que el equipo médico correspondiente haya considerado pertinente, para que haya que indemnizar al paciente si resultare algún daño para él. Antes, al contrario: para que haya obligación de*

indemnizar es preciso que haya una relación de antijurídico, es decir: que se trate de un daño que el paciente no tenga el deber de soportar, debiendo entenderse por daño antijurídico, el producido (cuando) no se actuó con la diligencia debida o no se respetó la lex artis ad hoc.

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

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

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

A lo anterior hay que añadir que no son indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido evitar o prever según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento que se producen aquéllos, de suerte

que si la técnica empleada fue correcta de acuerdo con el estado del saber, el daño producido no sería indemnizable por no tratarse de una lesión antijurídica sino de un riesgo que el paciente tiene el deber de soportar y ello aunque existiera un nexo causal.

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

CUARTA.- En este caso, como hemos visto en los antecedentes, la reclamación viene a censurar la asistencia que fue prestada a su familiar en el HUIE, centro al que se imputa haber incurrido en un retraso en el diagnóstico del cáncer de páncreas padecido.

De acuerdo con las alegaciones efectuadas en la reclamación, lo relevante a la hora de enjuiciar la responsabilidad patrimonial es si efectivamente se incurrió en la mala praxis denunciada, pues como hemos señalado reiteradamente en nuestros dictámenes, en la medicina curativa nos encontramos ante obligaciones de medios y no de resultado, de tal forma que se cumple la *lex artis* cuando se utilizan todos los medios (de diagnóstico, de tratamiento, etc.) de los que se dispone. También hemos dicho con frecuencia que esta obligación de medios debe entenderse ceñida al contexto del momento y las circunstancias en que se efectúa la asistencia, es decir, a los síntomas que presenta el paciente y a las probabilidades, en función de los mismos, de que padezca una determinada patología. En este sentido, con cita de la jurisprudencia, hemos recordado que lo que procede es un empleo de medios ordinarios y diligencia para cerciorarse de los diagnósticos que se sospechen, sin que se pueda

cuestionar el diagnóstico inicial por la evolución posterior de los acontecimientos.

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

Partiendo de lo señalado, entendemos que la reclamación no ha aportado prueba alguna que venga a acreditar que la asistencia prestada fuera incorrecta en los términos que son objeto de reproche, mientras que, por el contrario, los informes médicos que obran en el expediente contrastados con la historia clínica examinada descartan la mala praxis denunciada.

Particularmente, la Inspección Sanitaria, tras analizar el proceso asistencial que consta en las actuaciones, ha considerado que la asistencia médica prestada fue 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 24 de mayo de 2022 (recurso 786/2020), *“sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen también un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad*

respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del Médico Inspector, y de la coherencia y motivación de su informe”.

La Inspección Médica analiza los distintos reproches asistenciales formulados en la reclamación, concluyendo como se ha expuesto en la corrección de la asistencia prestada al paciente en el HUIE.

En primer lugar, la Inspección entiende acertada la decisión de no proceder con la colecistectomía, indicando al respecto que *“dado el episodio previo de pancreatitis, con buen criterio, se desestimó la Colecistectomía, indicando la previa realización de una colangioRM, para determinar la situación del páncreas”.*

Realizada dicha prueba, colangioRM, el día 29 de diciembre de 2019, con el diagnóstico apuntado de colelitiasis y sospecha radiológica de pancreatitis crónica, la inspectora actuante considera dicho diagnóstico como coherente, toda vez que *“en el informe radiológico se habla de quistes distribuidos por todo el parénquima pancreático, lo que apunta a una enfermedad difusa pancreática (pancreatitis crónica y no una enfermedad focal en cabeza (neoplasia). Además, no se observan signos indirectos de lesión ocupante de espacio en cabeza de páncreas, como dilatación de la vía biliar principal o dilatación de la vía pancreática principal (mayor de 3 mm); tampoco se observan adenopatías u otras alteraciones que sugieran infiltración/ extensión de una lesión neoplásica en cabeza de páncreas. Estas imágenes son compatibles con un proceso de pancreatitis crónica, sin sospecha de neoplasia pancreática”.*

En cuanto a la angio-TAC de febrero de 2021, señala la Inspección que *“no se logra observar una lesión en cabeza de páncreas, y tampoco existe otro signo clásico de lesiones de cabeza de páncreas, como es la dilatación del colédoco, o de la vía biliar*

intrahepática. Tampoco se observan signos de extensión local infiltrativa, vascular o adenopatías locoregionales, que orienten claramente a patología neoplásica”.

Entiende la Inspección que es con ocasión de la TAC abdominal realizada el 29 de mayo de 2021, “*cuando hay sospecha de cáncer de cabeza de páncreas, no antes; en el angioTAC de 26 de Febrero (3 meses antes), no había ningún dato sospechoso de patología cancerígena”.*

Así las cosas, viene el informe de la Inspección a apreciar que “*desafortunadamente el tumor pancreático no se sospechó hasta mayo del 2021, al realizarle un TAC abdominal, ya que incluso en el TAC de 26 de febrero del 2021, no había ningún signo de sospecha de tumor pancreático: solo se observan lesiones quísticas de distribución difusa, junto a un nódulo de 2 cm de naturaleza inespecífica en pared abdominal, que no hizo sospechar el cuadro neoplásico, orientando a un proceso benigno, como una necrosis grasa”.*

Al respecto de la controversia médica que nos ocupa, eventual retraso diagnóstico del cáncer padecido por el paciente, no sería ocioso recordar que, 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 de la Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Décima, 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”.

De igual modo, ha de considerarse que, como ha manifestado reiteradamente este órgano consultivo (entre otros dictámenes 336/21, de 13 de julio y 28/23, de 19 de enero), la asistencia médica ha de atender a las circunstancias y a los síntomas del paciente, mediante un juicio *ex ante* y no *ex post*, a efectos de no incurrir en lo que se ha denominado prohibición de regreso, a la que se refiere la Sentencia de 28 de septiembre de 2023, de la Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Décima, del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, (procedimiento 797/2021), según la cual «*es necesario recordar, como hace la STS, sec. 5ª, de 11 de Julio de 2017 (rec. 1406/2015) que las condiciones del diagnóstico han de ser valoradas conforme a las circunstancias del momento en que se había de hacer ese diagnóstico y no conforme a la información que en el momento de la sentencia y tras el curso causal, generalmente fatídico o perjudicial se*

ha desarrollado, pues ello sería crear o valorar condiciones y circunstancias inexistentes o una realidad que nos sería tal.

Así dice la mencionada sentencia que "(...) la doctrina jurisprudencial de la "prohibición de regreso" (SSTS, Sala 1ª, de 14 y 15/febrero/2006, 7/mayo y 19/octubre/2007, 29/enero, 3/marzo o 10/diciembre/2010, 20/mayo y 1/junio/2011, por todas), que impide sostener la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o retraso diagnóstico o la inadecuación del tratamiento, sólo mediante una regresión a partir del desgraciado curso posterior seguido por el paciente, ya que dicha valoración ha de efectuarse según las circunstancias concurrentes en el momento en que tuvieron lugar; en definitiva, es la situación de diagnóstico actual la que determina la decisión médica adoptada valorando si conforme a los síntomas del paciente se han puesto a su disposición las exploraciones diagnósticas indicadas y acordes a esos síntomas, no siendo válido, pues, que a partir del diagnóstico final se considere las que pudieron haberse puesto si en aquel momento esos síntomas no se daban"».

Cabe, por tanto, concluir en la corrección de la asistencia médica prestada al paciente, no obstante, no haber podido evitar su lamentable fallecimiento.

Por todo lo expuesto, la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la presente reclamación al no haberse acreditado infracción de la *lex artis ad hoc*.

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 16 de octubre de 2025

El Presidente de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 522/25

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid