

Dictamen n.º: **541/25**  
Consulta: **Consejera de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **22.10.25**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 22 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 Dña. ...., (en adelante, “*la reclamante*”), por los daños y perjuicios que dice sufridos, atribuidos a una incorrecta asistencia médica en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias, con ocasión del seguimiento de una revascularización percutánea de la arteria coronaria.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Con fecha 26 de marzo de 2024, se registra por un abogado, actuando en representación de la reclamante, escrito de responsabilidad patrimonial frente al SERMAS, por los daños y perjuicios que entiende sufridos a raíz de la asistencia médica que le fue prestada en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias (HUPA).

La reclamación relata que, en el mes de abril de 2023, acudió al Hospital Universitario Puerto Real de Cádiz, donde fue diagnosticada de una “*enfermedad coronaria severa de segmento proximal de DA*”

*(descendente anterior) revascularizado con un DES*”, procediéndose a la realización de un cateterismo.

Con fecha 3 de mayo de 2023, acudió al Servicio de Urgencias del HUPA, por presentar dolor torácico. Se solicita ergometría para poder citar a Rehabilitación Cardíaca, estableciéndose un diagnóstico de *“dolor torácico con ECG y Enz cardiacas normales”*, procediéndose con el alta de la interesada.

Continúa señalando que, en mayo de 2023, acudió a un centro médico privado para tener una segunda opinión dado que tenía continuamente dolores tipo anginoso.

Con fecha 19 de mayo de 2023, acudió al Servicio de Urgencias del HUPA derivada por el Servicio de Cardiología para seriación enzimática, figurando como juicio clínico el de *“dolor torácico típico en paciente con AP de IAM”*.

El 2 de junio de 2023, acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Puerto Real por dolor torácico, donde se decide solicitar TAC coronario ambulatorio y cita en consultas externas de Cardiología para seguimiento.

Con fecha 19 de septiembre de 2023, la interesada acudió a consultas de Cardiología del HUPA, con las siguientes conclusiones: *“(...) cic. iamsest. fevi conservada. acpt – stent dap-m (...)”*.

Con fecha 12 de noviembre de 2023, acudió al Servicio de Urgencias del HUPA por presentar dolor torácico. Visita en la que según se señala en la reclamación se concluyó en un juicio clínico de *“dolor torácico típico a estudio en paciente con cardiopatía isquémica previa”*, figurando igualmente que la paciente quedaba en observación para realizar, al día siguiente, una prueba de esfuerzo.

El 14 de diciembre de 2023, la interesada acudió al Servicio de Cardiología de un centro médico privado, para seguimiento, recogiénose como recomendación que *“solicito coronariografía para valorar stent previo y realizar test de ACH si no hay lesiones”*. Así, el 11 de enero de 2024, ingresó en dicho centro médico privado para la realización de la coronariografía prescrita, respecto de la que se concluye la presencia de una *“cardiopatía isquémica crónica. Enfermedad severa de un vaso. Disección del borde proximal del stent de DA previamente implantado. Stent de zotarolimus en TCI-DA”*.

A la vista de lo expuesto, la reclamación entiende que, la asistencia prestada en el HUPA, tras haber acudido en numerosas ocasiones al Servicio de Urgencias, fue deficiente, ante la persistencia de la sintomatología anginosa al no habersele realizado pruebas diagnósticas del cateterismo, fue necesario la implantación de un nuevo stent en el tronco coronario para el control de la enfermedad, el cual fue realizado 9 meses más tarde en la sanidad privada, con evidente retraso y perjuicio para con la reclamante.

La reclamación que cuantifica la indemnización pretendida en la cantidad de 350.000 euros, viene acompañada de diversa documentación médica acreditativa del proceso asistencial expuesto, de la escritura pública de poder general para pleitos otorgada por la reclamante en favor del abogado actuante y un documento denominado *“estudio de viabilidad de demanda”*, que se limita a señalar que *“el procedimiento no ha sido técnicamente adecuado en su práctica, ni ha sido detectado al carecer de revisiones posteriores a la implantación del mismo, conduciendo finalmente a una complicación consistente en lesión ulcerada o disección de la arteria descendente anterior en su región proximal que ha precisado un nuevo procedimiento quirúrgico para su tratamiento”*.

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

La reclamante, de 43 años de edad a la fecha de los hechos objeto de reclamación, presentaba como antecedentes médicos más relevantes, síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST, detectado en el mes de abril de 2023 en Cádiz, con colocación de Stent en descendente anterior.

El 3 de mayo de 2023, acude al Servicio de Urgencias del HUPA. Figura como motivo de la consulta, la presencia de dolor torácico. En la exploración física realizada, se advierte, tensión sistólica(mm Hg):156, tensión diastólica (mm Hg):87. Frecuencia cardíaca (lat/min):101. Saturación de oxígeno – basal (%):100. Buen estado general. Alerta y colaboradora. Bien hidratada, nutrida y perfundida. Normocoloreada. Eupneica en reposo sin signos de trabajo respiratorio. Tórax: AP: murmullo vesicular conservado (MVC), sin ruidos sobreañadidos. AC: rítmico. No soplos ni extratonos. Abdomen: ruidos abdominales (RHA) presentes y normales. Blando, depresible, no doloroso a la palpación. No masa ni visceromegalias. Miembros inferiores (MMII), pulsos periféricos conservados. No edemas. No signos de trombosis venosa profunda (TVP). No signos de insuficiencia venosa crónica (IVC). Neurología (NRL), consciente y orientada en las 3 esferas. No signos de focalidad neurológica aguda.

Consta la realización de una radiografía de tórax, respecto de la que se informa “*sin infiltrados, ni cardiomegalia ni derrame pleural*”. De igual modo se realiza un electrocardiograma (ECG), del que consta “*RS a 90 lpm, eje conservado, PR en rango, QRS estrecho, Sin alteraciones de la repolarización*”.

Se recoge en la historia clínica que durante la estancia permanece estable, con las enzimas cardíacas primeras y segundas

normales. Figura que se comenta con Cardiología, solicitándose una ergometría post infarto agudo de miocardio (IAM), para poder citar a Rehabilitación Cardíaca.

Se procede con el alta de la paciente con el juicio diagnóstico de “*dolor torácico con ECG y Enz cardiacas normales*”. Como recomendaciones alta, figuran las referidas al control por médico de Atención Primaria, continuar el tratamiento que viniera realizando, cita para ergometría dentro de 15 días y para consulta de Rehabilitación Cardíaca dentro de un mes.

El 19 de mayo de 2023, la paciente vuelve a acudir a Urgencias del HUPA, figurando como motivo de consulta el haber sido derivada desde Cardiología cuando acudía a realizarse una ergometría para realización de enzimas cardíacas. Según se recoge, en el día de ayer presentó dolor torácico opresivo similar a IAM previo, que dura alrededor de una hora. Actualmente presenta molestia centrotorácica opresiva similar que le recuerda a episodio de IAM previo.

En lo referido a la exploración física practicada, se consigna. Temperatura (°C): 36.5. Tensión sistólica (mm Hg):125, Tensión diastólica(mm Hg):81. Frecuencia cardíaca (lat/min):81. Saturación de oxígeno – basal(%):100. Buen estado general (BEG). Bien hidratada, nutrida y perfundida. Normocoloreada. Eupneica y afebril. Cyc: no palpo adenopatías. Carótidas rítmicas y simétricas. No IVY. AC: rítmico y sin soplos. No extratonos. AP: MVC, no roncus ni sibilancias. No crepitantes. Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación. Murphy y Blumberg negativos. RHA normales. No masas ni visceromegalias. PPRB negativa. Dudosa Irritación peritoneal. MMII: no edemas. Pulsos pedios presentes y simétricos. Exploración neurológica: consciente y orientada en tiempo, espacio y persona. No rigidez de nuca ni signos meníngeos. No focalidad neurológica.

Se realiza radiografía de tórax que se informa sin resultados. Igualmente se procede con un ECG con el resultado de *“RS a 721pm, eje conservado, PR en rango, QRS estrecho, ondas Q en II III aVF, V5 y V6 no descritas en ECG hace 16 días”*. Se realiza hemograma que resulta sin alteraciones, así como hemostasia que se informa sin alteraciones de coagulopatía.

Figura como diagnóstico, dolor torácico atípico sin evidencia de isquemia. Manteniéndose la revisión en consulta de Rehabilitación Cardíaca previa realización de la ergometría pautada.

El 19 de septiembre de 2023, la paciente acude a consultas externas de Cardiología del HUPA. En lo referido a la historia actual, se consigna en la historia clínica *“ha realizado programa de RHC en Hospital de Cádiz, con evolución favorable. Ergometrías negativas. LDL 36. En ocasiones molestias torácicas autolimitadas, de recortada duración que no precisa modificación de tto. y clínica ocasional de extrasístolia. No palpitaciones sostenidas”*.

La auscultación resulta normal. Respecto del ECG realizado se consigna *“RS a 55 lpm. Trazado normal”*.

No se modifica el tratamiento que venía siguiendo la paciente, a la que se le cita para revisión en abril de 2024, con ergometría y analítica.

El 12 de noviembre de 2023, la paciente acude al Servicio de Urgencias del HUPA. Figura que es traída a dicho Servicio por el SUMMA al por presentar dolor torácico de localización retroesternal, tipo opresivo, que se irradia al brazo izquierdo como sensación de parestesias. En el ECG realizado por el SUMMA se detecta descenso del segmento ST en cara inferior. Administran nitroglicerina inhalada, con buena respuesta del dolor torácico. Refiere que la semana previa ha estado con cuadro respiratorio con tos y congestión nasal,

acompañada de febrícula máxima de 37.5°C. No diarreas, no clínica miccional.

A la exploración física se advierte, temperatura (°C):36.4. Tensión sistólica (mm Hg):123, tensión diastólica (mm Hg):72. Frecuencia cardíaca (lat/min):63, Saturación de oxígeno – basal (%):97. Aceptable estado general. Normocoloreada, normohidratada y normoperfundida. Eupneica en reposo. No aspecto séptico. CyC: simetría facial, conjuntivas normocrómicas, escleras anictéricas, mucosa oral húmeda. AC: ruidos cardíacos rítmicos, no se auscultan soplos. AP: ruidos respiratorios con murmullo vesicular conservado, sin agregados. Abdomen: blando, no doloroso a la palpación, no se palpan masas. ni megalias, no signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes. EEII: adecuada perfusión distal, no edemas, miembros inferiores sin signos de TVP. Neurológica: alerta y colaboradora, orientada en tiempo, espacio y persona. Pupilas isocóricas normorreactivas a la luz, no signos de irritación meníngea. Fluidez verbal. Tono y tropismo muscular conservado. Fuerza 5/5 en las 4 extremidades, reflejos osteotendinosos (ROT) simétricos y conservados.

En la radiografía de tórax, no se observan infiltrados parenquimatosos ni otras alteraciones valorables al momento actual. En el ECG realizado Urgencias, se recoge *“66 lpm, ritmo sinusal, eje normal, PR en rango, QRS estrecho, sin alteraciones de la repolarización. Ondas Q en II, III, aVF V5 y V6 (ya conocidas) T - en aVR”*.

Se avisa a Cardiología. Al respecto de su intervención se recoge que *“ha mejorado el dolor permaneciendo molestia residual tras nitroglicerina. El dolor le recuerda a sus episodios previos. A nuestra visita, la paciente se encuentra asintomática, negando síncope, disnea,*

*o dolor en brazo izquierdo” Se recoge un juicio clínico de “dolor torácico típico a estudio en paciente con cardiopatía isquémica previa”.*

*En cuanto al plan de actuación, figura que “debido a los antecedentes cardiológicos de la paciente, mejoría del dolor con nitratos y ausencia de dolor en el momento actual, con resultados para marcadores cardíacos negativos, se decide observar al paciente. y sin cambios eléctricos significativos. Mañana se realizará prueba de esfuerzo. pasa a dolor torácico”.*

En anotación del 13 de noviembre de 2023, se recoge que la paciente ha estado estable durante la noche. Se realiza ergometría con resultado clínica y eléctricamente negativa para cambios isquémicos.

Se dispone seguimiento en Cardiología como estaba previamente establecido.

Expuesta la asistencia prestada a la paciente en el HUPA, como resulta de la reclamación expuesta, la misma acudió a otros centros médicos, debiendo reseñarse por lo que atañe al reproche asistencial formulado, la asistencia en centro médico privado, respecto de la que, cabe estar a lo señalado en el informe de la Inspección Médica, al recoger que “14/12/2023: Hospital (...).

*En dicha consulta, se indica, por persistencia de clínica intermitente, se propone la realización de coronariografía para valorar stent previo.*

*Dicha coronariografía se lleva a cabo el 11/01/2024, objetivando arteria*

*anterior descendente de buen desarrollo y calibre, con presencia ostial-proximal de una lesión ulcerada/disecada sobre borde proximal del stent previamente implantado, que se encuentra sin estenosis.*

*A la vista de los hallazgos, se decide realizar intervención coronaria percutánea.*

*Se implanta stent en tronco coronario izquierdo-descendente anterior (TCI-DA), siendo dada de alta el 12/01/2024”.*

**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 9 de abril de 2024, se notifica al abogado actuante, escrito de la instrucción dando cuenta de la admisión a trámite de la reclamación interpuesta, de la normativa de aplicación, plazo de resolución y efectos del silencio administrativo para el caso de inexistencia de resolución expresa.

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.

Por el Servicio de Cardiología se emite informe, fechado el 11 de abril de 2024, en el que se hace constar “*Segundo: el proceso que ha sufrido la paciente, valorado en su conjunto, deriva de la complicación de un procedimiento realizado en otro centro. La alteración que en el hospital (...) indican, en el cateterismo de 11 de enero de 2024, es una disección del borde proximal de un segundo stent que se implantó en el hospital de Puerto Real, en Cádiz.*

*Tercero: Que esa complicación es posible y típica de ese tipo de procedimiento, y no es evitable por otras formas de tratamiento ni secundaria a un retraso en el diagnóstico, como se pretende en el informe pericial. Tampoco me consta por los datos de los que dispongo*

*que esa complicación haya causado ningún dalo cardiaco irreversible: no ha habido un infarto que origine disfunción ventricular”.*

Por lo que se refiere a la concreta actuación del HUPA, señala dicho informe que *“Cuarto: que la valoración por parte del servicio de urgencias (y cardiología) del Hospital Universitario Príncipe de Asturias más próxima al cateterismo en el que se observó esa disección fue el 12 de noviembre de 2023, y que la actuación fue ajustada a la mejor práctica clínica: la paciente acudió a urgencias por dolor torácico sin alteraciones enzimáticas ni electrocardiográficas, motivo por el que permaneció en observación para realizar una prueba de provocación de isquemia, que no se cita en el informe del perito y que adjunto. Dicha prueba fue eléctricamente y clínicamente negativa a alta carga (10 minutos 45 segundos de esfuerzo, equivalente a 13 METS), lo que supone una prueba de bajo riesgo que permite el alta. Su resultado es similar al que se cita en el informe pericial de una ergoespirometría realizada en el Hospital de Puerto Real el 6 de junio, tras el segundo procedimiento de revascularización (se refiere como documentos 12.1 a 12.9, y que se utilizaría como referencia en las consultas de cardiología de Quironsalud del 11 de septiembre y de cardiología de nuestro hospital 8 días después, el 19 de septiembre. No dispongo de los documentos de la primera para poder saber si los consejos fueron diferentes. Si se puede apreciar que no ha habido una falta de seguimiento del caso entre la segunda revascularización de junio de 2023 y la visita a urgencias del 12 de noviembre, y que las pruebas de detección de isquemia realizadas tras el procedimiento de junio y en la visita de urgencias del 12-13 de noviembre son similares y ambas normales”.*

Fecha el 16 de abril de 2024, figura informe del Servicio de Urgencias, que, en relación a la reclamación interpuesta, señala *“tras recibir reclamación de responsabilidad patrimonial de Dña. (...), en la que solicitan información relativa a las asistencias en urgencias de la*

*referida, tengo que comunicarles que la solicitud de realización en nuestro hospital de pruebas específicas de la especialidad de cardiología, como pueden ser: Cateterismos, Ergometrías, Ecocardiografías, Tac de coronarias etc., son exclusivas del cardiólogo del hospital.*

*Adjunto informes de la paciente en las ocasiones que ha venido a urgencias por dolor torácico en las que se aprecia que siempre el cardiólogo ha sido quien ha definido las pruebas que había que realizar para su correcto diagnóstico. El Servio de urgencias NO está autorizado a solicitar dichas pruebas”.*

Por escrito de 28 de junio de 2024, la aseguradora del SERMAS acusa recibo de la comunicación de la interposición de la reclamación que nos ocupa.

Fechado el 29 de abril de 2025, figura el informe de la Inspección Médica, en el que se entiende que la asistencia prestada a la reclamante ha de entenderse ajustada a la *lex artis ad hoc*.

El 9 de julio de 2025, se notifica al abogado actuante el preceptivo trámite de audiencia. Se registran alegaciones, el día 29 de igual mes, en las que trata de desvirtuar las consideraciones del informe de la Inspección Médica, al tiempo que se remite a lo alegado en la demanda que dice interpuesta en un recurso contencioso administrativo.

Por la viceconsejera de Sanidad, se elabora el 18 de agosto de 2025, la oportuna propuesta de resolución en la que se interesa desestimar la reclamación interpuesta.

**CUARTO.-** El 27 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 485/25 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, a la reclamante, al ser la persona que ha recibido la asistencia médica que entiende contraria a la *lex artis*.

Se cumple la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, por cuanto el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado en el HUPA, centro hospitalario integrado en la red del SERMAS.

En lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 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 26 de marzo de 2024, constando en las actuaciones que el diagnóstico, cuya omisión se censura al HUPA, tuvo lugar el 11 de enero de 2024, 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 HUPA, así como la correspondiente a 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 que hizo uso, 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 reclamante viene a censurar la asistencia que fue prestada en el HUPA, al que se reprocha no haber advertido oportunamente la complicación sufrida, en relación con el stent implantado en otro centro sanitario.

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.

En relación con lo expuesto y con lo señalado en la citada Sentencia de 8 de abril de 2022, cabe indicar que, al entender de esta Comisión Jurídica Asesora, en ningún caso, puede tener la consideración de informe pericial el documento adjunto a la reclamación, denominado “*estudio de viabilidad de demanda*”, siendo así que el propio documento, constituido únicamente por dos hojas, se remite a un futuro informe médico pericial que avale científicamente la existencia de una posible impericia técnica.

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*”.

El informe de la Inspección Médica después de exponer una serie de consideraciones técnicas sobre la cardiopatía isquémica y sus procedimientos diagnósticos, refiere cronológicamente la asistencia médica prestada a la reclamante, señalando al respecto que “*en todas las ocasiones que acudió a urgencias se realizó seriación de enzimas cardíacas, todas con resultado negativo; así como se respetaron los tiempos de observación y de realización de dichas pruebas complementarias*”.

Así mismo, tal como indican las guías consultadas, la paciente fue valorada por Cardiología y permaneció en la Unidad de Dolor Torácico, donde se realizó ergometría previa al alta que resultó negativa”.

Se concluye, por tanto, por la Inspección, a la vista de la actuación médica desarrollada, en la inexistencia de irregularidad alguna en la misma, señalando al respecto que “*1-Se realizaron todas las pruebas complementarias indicadas en relación a la clínica y los antecedentes que presentaba*”.

*2-Se interpretaron correctamente los resultados de las mismas, siendo derivada a Consultas Externas para realización de ergometría programada a los 16 días de su primera visita a Urgencias*”.

*3-Fue valorada por la Unidad de Dolor Torácico, donde permaneció 24 horas, realizando ergometría anterior al alta, que fue negativa*”.

*4-No existe ninguna evidencia de que la complicación indicada por la paciente (lesión ulcerada/disecada proximal del stent implantado previamente) haya causado daño cardíaco irreversible, no objetivando ningún daño isquémico ventricular”.*

La asistencia dispensada a la paciente en el HUPA, se centra esencialmente en el Servicio de Urgencias, siendo así que, sin perjuicio de lo señalado por la Inspección Médica sobre la corrección de su actuación, no sería ocioso considerar la configuración que de dicho servicio, hace el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, al establecer en su Anexo IV que la atención en los servicios de Urgencias es aquella *“(...) que se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata”* de tal forma que *“una vez atendida la situación de urgencia, se procederá al alta de los pacientes o a su derivación al nivel asistencial más adecuado y, cuando la gravedad de la situación así lo requiera, al internamiento hospitalario, con los informes clínicos pertinentes para garantizar la continuidad asistencial”*. Así, tal y como se desprende del informe de la Inspección, la reclamante fue objeto de una atención completa en el Servicio de Urgencias del HUPA, con realización de las pruebas diagnósticas pertinentes a la patología previa padecida y a la sintomatología concurrente, con consulta a Cardiología, siendo así que una vez descartada el peligro para la vida de la misma, es dada de alta con derivación al servicio oportuno, por lo que en línea con lo informado por la Inspección no sería de apreciar irregularidad asistencial alguna.

Cabe, por tanto, concluir en la corrección de la asistencia médica prestada a la paciente.

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 22 de octubre de 2025

El Presidente de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 541/25

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid