

Dictamen n.º: **21/26**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **14.01.26**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 14 de enero de 2026, 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. ... y Dña. ... (en adelante las reclamantes), por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su progenitora, Dña. ..., atribuido a una incorrecta asistencia médica en el Centro de Salud Artilleros y en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, por un supuesto retraso diagnóstico del cáncer de estómago padecido.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Con fecha 18 de diciembre de 2023, se registra por un abogado, escrito de responsabilidad patrimonial frente al SERMAS, que consta firmado por las reclamantes, por los daños y perjuicios que entienden sufridos a raíz del fallecimiento de su madre atribuido a la asistencia médica que le fue prestada en el Centro de Salud Artilleros (CSA) y en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM).

La reclamación relata que la madre de las reclamantes acudió en junio de 2022 al Servicio de Salud refiriendo molestias estomacales. Se le

detectó la bacteria *Helicobacter Pylori*, para lo cual le recetaron antibióticos y omeprazol, finalizando el tratamiento en septiembre del mismo año, no obstante lo cual, siguió refiriendo dolor estomacal cada vez más intenso, con intolerancia total a la ingesta alimenticia, ya fuera sólida o líquida, pues tras cada ingesta procedía a vomitar la comida, acudiendo al CSA, cuya respuesta por parte de la facultativa siempre era la misma, que era algo normal por haber estado ingiriendo los medicamentos contra la citada bacteria.

Desde el CSA, y tras casi 6 meses, el facultativo especialista en Digestivo, en cita mantenida telefónicamente el 19 de octubre de 2022, derivó a la paciente para que le hiciesen una gastroscopia, que quedó fijada para el 27 de marzo de 2023, así como una ecografía para enero de ese mismo año.

Según se indica, la paciente tuvo que acudir al Servicio de Urgencias del HGUGM, el 5 de diciembre de 2022, pues, tras meses de padecimientos, viendo el constante empeoramiento y deterioro de la paciente, sus familiares decidieron no esperar y dirigirse a Urgencias. La analítica demostró unos hematíes por debajo del límite de la normalidad y el diagnóstico al alta fue de “*sensación de plenitud de meses de evolución a estudio*”, lo que entienden que, de ninguna manera puede aceptarse como diagnóstico sino más bien como síntoma sin estudiar.

El 15 de diciembre de 2022, acudió al Servicio de Digestivo, por dolor y sensación de presión en epigastrio, reseñando como juicio clínico, epigastralgia y dispepsia, empeorada tras tratamiento de la bacteria *helicobacter*. El 19 de enero de 2023, acudió de nuevo al Servicio de Digestivo, que anotó la anorexia que le provocaba una nula tolerancia a la ingesta alimenticia, así como la gran pérdida de peso experimentada.

Dados los resultados de la ecografía de abdomen realizada se aconsejó estudio complementario con TAC, ante cuyo informe se le derivó

a Urgencias para análisis, e ingreso para completar estudio, además del TAC y se avisó a Servicio de Guardia de Digestivo.

El 20 de enero de 2023, se ingresó con urgencia a la paciente en el Servicio de Digestivo por ictericia obstructiva, donde, tras analítica, modificaron el diagnóstico principal y sospecharon de adenocarcinoma gástrico con células en anillo de sello, así como linitis plástica.

Sobre la base de lo expuesto, las reclamantes entienden que ha existido un retraso en diagnosticar el cáncer gástrico de la paciente, pues, a pesar de que existían ya síntomas que pudieran hacerlo sospechar desde junio de 2022, fundamentalmente dolor epigástrico, marcadores tumorales, anemia, vómitos, no se le hicieron las pruebas diagnósticas adecuadas en dicho momento, sino que tales pruebas no se realizaron hasta 2023, momento en que se diagnosticó el cáncer de estómago cuando ya estaba en fase terminal y sólo cabía un tratamiento paliativo.

La reclamación que interesa una indemnización por importe de 186.681,63 euros, viene acompañada de diversa documentación, así, copia del libro de familia del que resulta el vínculo de parentesco alegado en la reclamación, certificación literal de inscripción de defunción de la paciente, diversa documentación médica acreditativa del proceso asistencial expuesto, copia de las declaraciones del impuesto de la renta de las personas físicas de la progenitora de los ejercicios 2018 a 2021 y factura por servicios funerarios.

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

La paciente, nacida en 1967, presentaba como antecedentes médicos más relevantes los referidos a un cáncer de mama derecha, con cirugías

previas de amigdalectomía, mastectomía derecha con reconstrucción y reducción de mama izquierda.

Con fecha 28 de agosto de 2020, acude al CSA. Refiere ardores en epigastrio y retroesternal que asocia con el tamoxifeno. Ha tomado omeprazol por su cuenta que tenía algunos antiguos y refiere mejoría total. Se pauta en recete electrónica para tomar a días alternos.

El 11 de julio de 2022, figura nueva visita al CSA. Refiere que desde hace una semana, tiene un nudo en el estómago y muchos gases (eructos) posprandial que mejora al eructar. No dolor o distensión abdominal, pirosis, reflujo. Episodio previo similar el año pasado que mejoró con Omeprazol. Niega bebidas gaseosas. Se recoge un juicio clínico de dispepsia a estudio. Como plan de actuación, se pauta cidine cada 24 horas y ver evolución.

El 18 de agosto de 2022, acude al CSA. Según se indica, se le da el resultado de pylori, se pauta MOCA14, con recomendación de test de erradicación al mes de haber terminado con el tratamiento.

El 7 de septiembre de 2022, consta consulta en el CSA. Se indica que terminó el tratamiento el día 1. Sigue con pirosis puntual. Se pauta famotidina y se recomienda probiótico. Se pide test erradicador para octubre.

El 10 de octubre de 2022, en consulta en el CSA, se le da el resultado de pylori negativo. Se recoge que sigue igual. Se le pauta omeprazol cada 24 horas, con derivación a Digestivo.

El 2 de diciembre de 2022, acude a consulta en el CSA. Refiere que ha perdido peso (no sabe precisar). Tiene Digestivo en enero. Se le explican los datos por los que ir a Urgencias.

Con fecha 5 de diciembre de 2022, acude a Urgencias del HGUGM. En cuanto al motivo de la visita, se recoge *“acude por molestia en epigastrio desde julio 2022, que mantiene tras erradicación de Hpylori con malestar tras ingesta de sólidos y líquidos con algún vómito aislado de moco que ha disminuido la ingesta por sensación de plenitud”*.

Consta que *“fue valorada por Digestivo de manera telefónica el 19/10/22 pendiente de cita en enero 2023. Actualmente con Omeprazol 20mg cada 12 horas sin mejoría”*.

En la exploración física se advierte *“Presión arterial sistólica (mmHg):140.0, Presión arterial diastólica(mmHg):95.0, Frecuencia cardiaca(lat/min):105.0. BEG. ACP: Rítmica. MVC sin otros hallazgos. ABO: RHA +, PPRB -, palpación superficial de epigastrio con presencia de latido y zona indurada, Murphy y Blumberg negativo, no impresiona de IP, no palpo masas ni megalias, no otros datos. MMII: Sin alteraciones agudas”*.

Se realiza analítica, así como radiografía de tórax y abdomen, respecto de las que consta *“no hernia de hiato (informe verbal Radiólogo de guardia). Estructuras pleuroparenquimatosas sin alteraciones relevantes. Abdomen sin alteraciones relevantes. Gas en marco cólico”*.

Se concluye en un juicio clínico de sensación de plenitud de meses de evolución a estudio. Se pautan tratamiento y recomendaciones que son de observar, con adelantar cita en Digestivo para valoración con el informe de Urgencias.

El 15 de diciembre de 2022, la paciente acude al Servicio de Digestivo del HGUGM. Consta como motivo de la consulta *“desde junio tiene dolor y sensación de presión en epigastrio, le mandaron cidine sin*

mejoría. Le diagnosticaron HP que se trató (OCAM X14) con éxito, pero tras la antibioterapia se empezó a encontrar peor. Está más estreñida desde el inicio del antibiótico, realiza deposición cada 2 días Ahora en tratamiento con omeprazol cada 12 horas sin mejoría”.

En la exploración física se advierte, “ABD: RHA positivos, blando y depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni megalias, no irritación peritoneal”.

Se concluye en un juicio clínico de epigastralgia y dispepsia empeorada tras el tratamiento helicobacter pylori.

Se pauta gastroscopia con analítica y ecografía abdominal.

El 19 de enero de 2023, la paciente vuelve a acudir al Servicio de Digestivo. Al respecto de dicha visita, se indica “acude a urgencias. Sigue con anorexia, mala tolerancia a la ingesta. Se ha estabilizado la pérdida de peso. No fiebre. Ictericia mucocutánea. Comenta coluria, no acolia. No toma de productos de herbolario. No prurito”.

Se recoge el resultado de la ecografía abdominal realizada el 12 de enero de 2023, respecto de la que figura “estudio dificultado por hábito constitucional del paciente.

Parénquima hepático visualizado de tamaño normal visualizándose en LHI múltiples imágenes ecogénicas de hasta 35 mm que aconseja estudio con TC para descartar hígado metastásico.

Vesícula biliar colapsada, no visualizable a pesar de que la paciente refiere estar en ayunas.

Dilatación de vía biliar intrahepática.

Importante engrosamiento de pared gástrica.

Área pancreática visualizada sin alteraciones groseras.

Ambos riñones de tamaño normal y parénquima conservado, con una adecuada diferenciación corticomedular. No hay imágenes ecográficas sugestivas de litiasis ni dilatación de la vía urinaria.

Aorta abdominal visible calibre normal. Pequeña cantidad de ascitis.

Conclusión:

LOES hiperecogénicas en LHI. Pequeña ascitis.

Dilatación de vía biliar intrahepática. Engrosamiento mucoso generalizado gástrico.

Se aconseja estudio complementario con TC para descartar patología hepáto-bilio-pancreato-gástrica”.

Se concluye en un juicio clínico de “ictericia, loes hepáticas a estudio ascitis leve en ecografía dilatación de vía biliar epigastralgia y dispepsia, engrosamiento mucoso gástrico en ecografía”.

Como plan de actuación se prevé la derivación a Urgencias para análisis y si precisa ingreso para completar estudio. Solicitado TC preferente, si ingresa realizar ingresado, se avisa a guardia de Digestivo.

Queda ingresada.

El 26 de enero de 2023, consta la realización de una panendoscopia oral, en relación a la que figura como diagnóstico “*Neoplasia Gástrica: probable linitis plástica. - Estenosis secundaria: colocación de prótesis metálica no cubierta Esofagitis grave. Reducción de calibre de la luz a nivel cardial de probable origen tumoral. - Colocación de prótesis esofágica”.*

El 15 de febrero de 2023, se realiza gastroscopia, respecto de la que consta en la historia clínica *“exploración: Esófago: abundante contenido líquido bilioso que se aspira en su totalidad. Mucosa con múltiples erosiones confluentes de disposición circunferencial, sin poder descartar componente de sobreinfección por cándida. Prótesis normoposicionada en esófago distal, con buen calibre. Estómago: cuerpo alto con mucosa de aspecto neoplásico sin estenosis.*

Prótesis Hanarostent enteral normoposicionada con extremo proximal en cuerpo alto con estenosis marcada en tercio medio en relación con crecimiento intraprotésico de neoplasia de elevada rigidez que no permite el paso del endoscopio. Aún así buen paso de contraste a duodeno. Se pasa guía stiff a duodeno distal, y se coloca prótesis telescopada Wallstent de 22x60mm (por mayor fuerza radial) con la anterior gástrica. Correcta colocación con extremo distal en estómago bajo. Sin embargo se confirma expansión inicial subóptima por la gran rigidez de la neoplasia. NOTA:- Probar tolerancia a partir de mañana. Escasa posibilidad de mejoría sintomática. -Desestimo realizar tratamientos endoscópicos adicionales para resolver intolerancia digestiva por futilidad terapéutica dados los hallazgos actuales.

Diagnóstico: Neoplasia gástrica difusa extensa. Crecimiento tumoral intraprotésico. Colocación de prótesis Wallstent telescopada en estómago. Expansión inicial deficiente”.

Fechado el 27 de febrero de 2023, figura comentario de evolución en el que se refleja *“mujer en estudio en Digestivo ingresa derivada desde el CAP para estudio de LOEs hepáticas (sugestivo de hígado metastásico), engrosamiento gástrico y síndrome constitucional. Se realiza gastroscopia en la que se visualiza esofagitis grave grado D y tumoración gástrica sugestiva de linitis plástica que no permite el paso del gastroscopio, lo que impide la realización de ecoendoscopia y CPRE. Se toman múltiples biopsias que son diagnostican de carcinoma en anillo de sello. Asocia*

marcadores tumorales elevados a expensas de Ca 19-9 y Ca 125. Además, se solicita TC abdominal que muestra engrosamiento gástrico sugestivo de linitis plástica y tejido infiltrativo en hlio hepático y área celiaca, que estenosa porta común e izquierda y que probablemente sea causa de dilatación de vía biliar”.

Conforme se recoge en la historia clínica, se presenta en comité de tumores en el que se decide interconsulta a Oncología para valorar quimioterapia paliativa o limitación, en función de evolución de la paciente. El 9 de febrero de 2023, es valorada por Oncología que desestima quimioterapia paliativa por mala situación clínica.

Es valorada por la Unidad de Cuidados Paliativos, siendo considerada candidata a ingreso en su centro cuando haya disponibilidad de cama. El 27 de febrero de 2023, es trasladada a la Unidad de Cuidados Paliativos del HGUGM sita en el Hospital Santa Cristina. El 8 de marzo de 2023, se produce el fallecimiento de la paciente en el citado centro médico.

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 10 de enero 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 legal de aplicación, plazo de resolución y de los 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 intervinieron la asistencia médica relacionada con la reclamación interpuesta.

Fechado el 5 de enero de 2024, figura informe de la facultativa de Atención Primaria del CSA. Señala el mismo que *“acude a consulta el 11 de julio de 2022, refiriendo una semana de aumento de gases postprandial que mejoraba al eructar. Negaba dolor abdominal, distensión abdominal, pirosis (ardor) u otra sintomatología asociada. Mi juicio clínico fue dispepsia a estudio, pauté Cinitaprida (fármaco procinético) y ver evolución.*

El 8 de agosto de 2022 acude nuevamente por no mejoría tras tratamiento, por lo que pido analítica de sangre y test de Helicobacter pylori en heces. La analítica de sangre se realiza el 11 de agosto de 2022, sin ninguna demora.

El 18 de agosto de 2022 le doy los resultados de dicha analítica, donde no había datos de anemia (Hb 13.2 g/dL; valores de referencia 12-16 g/dL) y tenía un perfil hepático normal. Sí tenía el Helicobacter pylori positivo, posible causa de la sintomatología presentada por la paciente, por lo que pauté tratamiento erradicador con Omeprazol (fármaco inhibido de la bomba de protones), Metronidazol, Claritromicina y Amoxicilina (antibióticos) durante 14 días.

El 7 de septiembre de 2022 acude a consulta refiriendo que terminó el tratamiento el 1 de septiembre de 2022 pero que ahora tenía pirosis (ardor de manera puntual. Pauté Famotidina (fármaco antiácido) y pedí test para comprobar erradicación de la bacteria. Se realiza el test erradicador el 3 de octubre de 2022, al mes de haber terminado el tratamiento como recomiendan las guías clínicas.

El 10 de octubre de 2022 informo de resultado negativo, con erradicación satisfactoria. Ese día me comenta que sigue igual, por lo que pauto Omeprazol (fármaco inhibidor de la bomba de protones) y ante falta de respuesta a tratamiento y teniendo en cuenta sus antecedentes

familiares y personales, derivo a Digestivo ese mismo día. Según relata la parte reclamante, fue atendida telefónicamente por el especialista el 19 de octubre de 2022”.

Continúa señalando que «*sin embargo, durante este período, atendí a la paciente por otros motivos (candidiasis oral secundaria a tratamiento antibiótico, estreñimiento sin datos de alarma, síntoma del oído...), y nunca mencionó ningún dato de alarma (sangrado digestivo, pérdida de peso significativa no intencionada, disfagia a sólidos y/o líquidos, vómitos, anemia, historia familiar de cáncer gástrico...)* por el que se pudiera pensar la existencia de malignidad.

La primera vez que la paciente me comenta la pérdida de peso fue el 2 de diciembre de 2022; refería pérdida de peso no cuantificada, no sabía precisar cuántos kilos en cuánto tiempo. No obstante, le expliqué los datos de alarma por los que ir al Servicio de Urgencias Hospitalarias del Hospital Gregorio Marañón. En ningún momento manifesté que “no le viniese mal perder peso”, de hecho recuerdo a (...) con un IMC normal e insistí en que cuantificase la pérdida de peso para poder valorarla».

Conforme a lo expuesto, recalca el citado informe que la paciente en ningún momento manifestó datos de alarma y que se siguieron los protocolos establecidos para la sintomatología por ella referida que no hacía sospechar ningún indicio de malignidad.

Con igual fecha de 5 de enero de 2024, figura el informe del Servicio de Aparato Digestivo del HGUGM, en el que después de exponer la asistencia prestada a la paciente, viene a concluir que “*en resumen, en lo que se refiere al servicio de Digestivo, la primera valoración médica se realizó el 19/12/22, el 19/1/23 (1 mes después) dado el resultado de la ecografía solicitada en la primera consulta se indicó el ingreso hospitalario urgente, y en los sucesivos 11 días se realizaron los procedimientos indicados para el diagnóstico, la recuperación de la permeabilidad gástrica*

y esofágica y el drenaje de la vía biliar, desestimándose sucesivamente la posibilidad de quimioterapia paliativa el 9/2/23 por deterioro funcional de la paciente por parte de oncología”.

Por el Servicio de Oncología Médica, se remite el 8 de enero de 2024, el oportuno informe en el que, en relación a la reclamación interpuesta, se reseña que *“3. La patología que posteriormente tuvo la paciente (carcinoma gástrico) no está relacionada con el carcinoma intraductal de mama que padeció. La biopsia del estómago demostró que la enferma tenía un tumor gástrico, sin ninguna relación por tanto con carcinoma intraductal previo, lo que es lógico ya que este tumor de mama no se extiende a otros órganos.*

4. Con fecha 9 de Febrero de 2023, el Servicio de Aparato Digestivo solicitó una interconsulta a Oncología Médica. Dada la extensión del tumor gástrico a órganos vecinos y el mal estado general de la paciente, nuestro servicio consideró que no estaba en condiciones de tolerar un tratamiento quimioterápico, por lo que se recomendaron cuidados paliativos.”.

Por el Servicio de Urgencias del HGUGM, se emite informe fechado el 10 de enero de 2024, en el que se indica que la paciente *“fue valorada en el Servicio de Urgencias Generales puntualmente el 5 de Diciembre de 2022 por un dolor abdominal descrito como molestias en epigastrio desde Julio de 2022 con sensación de plenitud.*

Se llevó a cabo una exploración física, se realizó una analítica sanguínea completa sin encontrarse ningún hallazgo de alteración analítica relevante, ninguna alteración radiológica ni en la ecografía abdominal a pie de cama realizada por Cirugía Vascolar.

Al no encontrarse ningún dato de alarma clínico se recomendó adelantar la cita de Medicina de Digestivo para completar el estudio de un proceso de larga evolución.

La actuación en el Servicio de Urgencias fue correcta y acorde a su finalidad que es descartar procesos que requieren atención urgente.”.

Por escrito de 12 de febrero de 2024, la aseguradora del SERMAS acusa recibo de la comunicación de la interposición de la reclamación que nos ocupa.

El 19 de mayo de 2025, se emite informe por la Inspección Médica en el que se concluye que no existe en la asistencia prestada a la paciente, evidencia alguna de incorrección o inadecuación a la *lex artis ad hoc*.

El 23 de julio de 2025, se notifica al abogado actuante el preceptivo trámite de audiencia. El día 30 de igual mes, se registra escrito de alegaciones, firmado por las reclamantes y el abogado actuante, en el que se reiteran en su reclamación inicial, al tiempo que tratan de desvirtuar las apreciaciones de la Inspección Médica. Se interesa como prueba que se requiera al HGUGM los informes de las consultas de los días 19 de octubre y 19 de diciembre, de 2022, del Servicio de Digestivo.

Seguidamente figura en el expediente, evolutivo de enfermería de consultas de externas de 19 de octubre de 2022. Aportándose igualmente informes de evolución de consultas externas del Servicio de Digestivo de los días 15 de diciembre de 2022 y 19 de enero de 2023.

A la vista de la nueva prueba documental incorporada al expediente, con fecha 8 de septiembre de 2025, se notifica nuevo trámite de audiencia al abogado actuante, sin que conste la formulación de alegaciones por las reclamantes.

Por la viceconsejera de Sanidad, se elabora el 6 de noviembre de 2025, la oportuna propuesta de resolución en la que se interesa desestimar la reclamación interpuesta.

CUARTO.- El 12 de diciembre 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 660/25 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 superior a 15.000 euros, 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 las reclamantes, en su condición de hijas de la paciente cuyo fallecimiento entienden causado por la asistencia médica prestada en el CSA y en el HGUGM, que consideran contraria a la *lex artis*. Fallecimiento que genera a sus familiares un indudable daño moral legitimador de la reclamación interpuesta, habiendo quedado acreditado el parentesco en los términos expuestos.

Se cumple la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, por cuanto el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado en el CSA y en el HGUGM, centros sanitarios integrados 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 18 de diciembre de 2023, constando en las actuaciones que el fallecimiento de la progenitora de las reclamantes se produjo el 8 de marzo de 2023, 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 HGUGM y en 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 a las reclamantes que hicieron 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, las reclamantes vienen a censurar la asistencia que fue prestada a su familiar en el CSA y en el HGUGM, considerando que por ambos se incurrió en un retraso en el diagnóstico del proceso neoplásico sufrido por su familiar.

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”*.

Sobre la base de lo expuesto, 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, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Décima, en su Sentencia de 20 de noviembre de 2025 (recurso 1031/2023), *“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”*.

Comienza el informe de la Inspección con una serie de consideraciones médicas sobre la dispepsia, de entre los que cabe reseñar que cuando la paciente acude en julio de 2022 al CSA presentaba

síntomas inespecíficos de dispepsia postprandial, señalando al respecto de su etiología que *“existen multitud de causas de dispepsia, por lo que la sintomatología por sí sola no permite distinguir entre la dispepsia funcional y los trastornos gastrointestinales orgánicos”*.

Indica seguidamente, la Inspectora que *“se realiza endoscopia en pacientes con signos de alarma o individuos > 60 años y en pacientes más jóvenes seleccionados. En todos los demás pacientes se recomiendan pruebas para detección de Helicobacter pylori; si son positivas se inicia tratamiento antibacteriano”*. Se debe recordar al respecto que la paciente tenía 55 años a la fecha de los hechos reclamados, lo que unido a que como indica la Inspección *“no se recoge en la Historia Clínica de Atención Primaria ningún signo de alarma, por lo que, siguiendo el protocolo, se hace prueba de detección de H. pylori, que resulta positiva, por lo que se inicia tratamiento erradicador, que finaliza el 01/09/22”*.

Toda vez que *«al finalizar el tratamiento para el Helicobacter, la paciente seguía con “pirosis puntual”, por lo que se pauta famotidina y se vuelve a pedir prueba de Helicobacter para ver si se había erradicado. El 10/10/22, al comprobar que el H. Pylori se había erradicado, se pauta Omeprazol y se deriva a Digestivo»*.

Al respecto de la situación clínica de la paciente al momento de dicha derivación, señala el informe de la Inspección que el 19 de octubre de 2022 es valorada telefónicamente por dicho Servicio de Digestivo *“en la que se valoran los síntomas de la paciente y se buscan signos de alarma. Entre estos figuran la pérdida de peso, que la paciente no había referido con anterioridad y que cifra en unos 8 kg, pero que en el momento de la consulta refiere haberse estabilizado y una cierta disfagia que ha mejorado tras el tratamiento antibiótico. La paciente tenía una analítica reciente sin alteraciones”*. Refiere posteriormente el adelanto de la cita con el Servicio de Digestivo, la realización de la ecografía en enero de 2023 y la posterior

detección de lesiones gástricas compatibles con adenocarcinoma en células en anillo de sello.

Se precisa por la Inspección, en lo referido a la detección de la patología que nos ocupa, que *“los síntomas del cáncer gástrico son muy inespecíficos y muchas veces se confunden con otras patologías leves mucho más frecuentes, que producen síntomas similares, por lo que el diagnóstico puede ser difícil en un primer momento, sobre todo, cuando como en este caso se detecta un Helicobacter pylori, que podía explicar los síntomas padecidos”*.

Indica seguidamente en lo referido a la situación de la paciente que *«la endoscopia está indicada sobre todo en pacientes > 60 años con dispepsia de inicio reciente (en quienes el riesgo de neoplasia maligna es mayor). En pacientes < 60 años, el riesgo de cáncer es < 1%. Las guías recientes no recomiendan la endoscopia sistemática en pacientes más jóvenes, excepto en aquellos con manifestaciones clínicas de “alarma”, como pérdida progresiva de peso, disfagia de rápida progresión, vómito intenso, signos de hemorragia, anemia ferropénica o ictericia, tumoración abdominal palpable o antecedente familiar.*

En este caso no se identifican signos de alarma hasta la consulta telefónica de fecha 19/10, donde se habla de pérdida de peso, que se había estabilizado en ese momento y cierta disfagia que había mejorado tras el tratamiento del Helicobacter».

Frente a lo señalado en la reclamación, dispone la Inspección, en línea con lo que ya había señalado anteriormente el informe del Servicio de Oncología Médica, que *“en cuanto al antecedente de la paciente de cáncer de mama, hay que tener en cuenta que había padecido un carcinoma intraductal, que es un tipo de tumor localizado, que no metastatiza, por lo que no era motivo de sospecha”*.

Cabe por tanto, estar a la conclusión alcanzada por la Inspección Médica de inexistencia de irregularidad asistencial alguna en relación a la paciente tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada, motivando al respecto de dicha conclusión que *“el primer abordaje de la paciente por su médico de Atención Primaria, se hizo siguiendo los protocolos establecidos para el diagnóstico y tratamiento de los síntomas de dispepsia. El primer momento en el que la paciente hace referencia a algún síntoma de alarma es en la consulta telefónica de Digestivo del 19/10/22, donde refiere que existió una pérdida de peso no intencionada de unos 8 kg, pero que en ese momento se había detenido, así como otros síntomas, que habían mejorado tras el tratamiento del Helicobacter. Esto llevó a interpretar los síntomas en el contexto de mejoría tras el tratamiento erradicador del Helicobacter pilory. Además, la paciente tenía una analítica reciente sin alteraciones, por lo que se decidió no solicitar pruebas adicionales en ese momento.*

Como hemos visto con anterioridad, estos tumores pueden en ocasiones presentar síntomas vagos e inespecíficos hasta fases avanzadas, comunes con otras patologías benignas, que son muchísimo más frecuentes, por lo que siempre se piensa en ellas como primera posibilidad diagnóstica, y sobre todo en este caso, en el que el H. Pylori era positivo. Esto unido al tipo histológico del tumor, que lo hacía especialmente agresivo, hizo que, desgraciadamente, la paciente en el momento del diagnóstico ya tuviera un estadio IV, a pesar de que en ningún momento la actitud diagnóstico-terapéutica se alejara de los protocolos diagnósticos habituales”.

Al respecto de la controversia médica que nos ocupa, eventual retraso diagnóstico del cáncer padecido por la 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 a la paciente, no obstante, no haberse 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 14 de enero de 2026

El Vicepresidente de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 21/26

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid