

Dictamen nº: **395/21**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **31.08.21**

**DICTAMEN** de la Sección de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 31 de agosto de 2021, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por el consejero 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. ...., por los daños sufridos como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada por el Centro de Salud Pinto y el Hospital Universitario de Getafe, en el diagnóstico de un enfisema pulmonar.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Por escrito presentado el día 14 de marzo de 2019 en el registro de la entonces Vicepresidencia, Consejería de Presidencia y Portavocía del Gobierno de la Comunidad de Madrid dirigida al Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) el interesado antes citado, formula reclamación de responsabilidad patrimonial por la asistencia sanitaria prestada por el Centro de Salud Pinto y el Hospital Universitario de Getafe en el diagnóstico de un enfisema pulmonar (folios 1 a 10 del expediente administrativo).

El interesado expone en su escrito que en julio de 2005 se realizó un estudio preoperatorio para una intervención dermatológica por un quiste dérmico y en la analítica se observó un elevado índice de leucocitos, por lo que fue derivado a su médico de Atención Primaria. Explica que el día 27 de julio de 2005 fue visto en consulta de su médico de familia para que viera los análisis y le explicó que se encontraba muy cansado y que estaba perdiendo peso sin razón aparente, por lo que le derivó al Servicio de Hematología del Hospital Universitario de Getafe, donde le fue diagnosticada una leucocitosis moderada, descartándose cualquier tipo de enfermedad en la sangre.

Dice que estuvo en seguimiento en dicho servicio hasta 2008 y que en abril de 2012 solicitó *“nueva cita en el Servicio de Hematología del Hospital Universitario de Getafe”* (sic), al no observar ninguna mejoría desde hacía, al menos, 7 años y que *“el Director de Hematología (...), le explica que en su área no puede hacer nada más y le envía a casa informe clínico”* (sic), decidiéndose no realizar más estudios, *“dada la cronicidad del proceso”*, sin que se hubiera objetivado otro tipo de patología asociada y aconsejando seguimiento por su médico de Atención Primaria.

El reclamante expone que continuó acudiendo a su médico de familia al que le refirió que tenía *“agotamiento, fatiga, dolor torácico, debilidad general, frío en la espalda, escalofríos en la zona torácica, dolor en el pecho, (...)”* y que le solicitó que se le realizaran pruebas y analíticas. Sin embargo, alega que su médico de Atención Primaria nunca le preguntó en qué trabajaba, por si pudiera tener relación con su patología; se limitó a realizar una o dos analíticas al año, pero nunca solicitó otro tipo de prueba médica, salvo *“las de mantux, VIH, leucemia, malaria, tifus...”*. Dice que el médico no consideró conveniente realizar otro tipo de pruebas *“ya que son muy costosas para la Seguridad Social”*. Se queja de que el médico de Atención Primaria no le ha prestado atención en las entrevistas; que el tiempo

de atención en la consulta nunca ha superado los 5 minutos, nunca le ha hecho exploración física, *“salvo en una ocasión que le auscultó por un catarro”*. Expone que desde 2005 ha ido empeorando progresivamente, teniendo dificultades para realizar las actividades cotidianas, no puede coger peso, falta de apetito, dificultad para caminar varios metros seguidos. Dice que por esos motivos fue despedido de su trabajo el 31 de enero de 2006 y que la trabajadora social de referencia de Servicios Sociales ha sido testigo del deterioro físico sufrido.

Refiere que el día 22 de mayo de 2018 el hematólogo en la primera cita y tras ver las analíticas y hacer exploración, descartó la existencia de patología hematológica y mando realizar una radiografía de tórax que se hizo ese mismo día y que diagnosticó una bronconeumonía crónica severa, por lo que fue derivada a Neumología de forma urgente. Dice que la neumóloga le atendió ese mismo día, sin cita previa, a requerimiento del hematólogo, y le realizó una ecografía pleuropulmonar en la que se observaron perforaciones pulmonares y solicitó otras pruebas médicas. Expone que la neumóloga le preguntó cómo no había acudido antes, ya que la enfermedad pulmonar estaba muy avanzada y que tenía *“unos pulmones como una persona de 85 años”*.

Según el escrito de reclamación, el día 3 de julio de 2018 fue diagnosticado de enfisema, severa afectación de la difusión pulmonar y sospecha de hipertensión pulmonar y, a la fecha de la firma de su solicitud de responsabilidad patrimonial, se encuentra en proceso de realización de más pruebas diagnósticas y se le ha reconocido un grado de discapacidad, así como la incapacidad laboral.

Considera que hubo un diagnóstico tardío -13 años más tarde- *“lo que agrava de forma extraordinaria su estado de salud”*.

El interesado no cuantifica el importe de la indemnización solicitada y acompaña con su escrito, solicitud de interconsulta al Servicio de Hematología del Hospital Universitario de Getafe de fecha 27 de marzo de 2018, informe de consultas externas de Hematología de 22 de mayo de 2018, informe del Servicio de Medicina Interna de 10 de abril de 2012 del citado centro hospitalario; carta de despido laboral de fecha 27 de enero de 2007, finiquito y nóminas anteriores al despido; Resolución de 29 de octubre de 2018 de la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad de la Comunidad de Madrid sobre el reconocimiento de grado de discapacidad (43%) e informe social de la trabajadora social de la Concejalía de Igualdad y Derechos Sociales del Ayuntamiento de Pinto, de 11 de enero de 2019 (folios 6 a 29).

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

El reclamante, nacido en 1980, es un paciente con múltiples consultas en su centro de salud desde 2004 por focos infecciosos, abscesos (periodontales, en entrada conducto auditivo externo, ojo derecho, cutáneos, glúteo izquierdo, perianales), quistes odontogénicos, granulomas periodontales, periodontopatía generalizada, caries, infecciones recidivantes en orofaringe y oído, infecciones genitourinarias, dermatitis seborreica en cuero cabelludo y acné, valorados y tratados por Medicina de Familia, Unidad de Salud Bucodental, Cirugía Maxilofacial y Dermatología con múltiples pautas de antibióticos, antiinflamatorios y analgésicos. En tratamiento también por Salud Mental que comenzó por cuadro de ansiedad y depresión.

El día 27 de julio de 2005 acudió a la consulta su médico de Atención Primaria para revisión de analítica tras observarse

leucocitosis, por lo que su médico de Atención Primaria solicitó interconsulta a Hematología.

Por parte de su médico de Atención Primaria se solicitaron analíticas, con relación a este episodio, los días 26 de julio de 2006, 27 de marzo de 2007, 21 de mayo de 2008, 5 de marzo de 2010, 7 de diciembre de 2010, 18 de junio de 2013, 25 de febrero de 2014, 17 de abril de 2015, 6 de marzo de 2017 y 1 de febrero de 2018 (folios 87 a 122).

Además de los controles analíticos solicitados por su médico de Atención Primaria, los días 23 de septiembre de 2005, 9 de enero y 16 de marzo de 2006 y 21 de mayo de 2008 se le realizó analítica a solicitud del Servicio de Hematología del Hospital Universitario de Getafe, el día 24 de mayo de 2006 se le hicieron unos análisis pedidos por el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Getafe, el día 9 de febrero de 2011 se realizó analítica a solicitud de la consulta de Endocrinología del Ambulatorio de Pinto y el 19 de enero de 2012 a solicitud del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Getafe (folios 87 a 122).

El reclamante fue atendido inicialmente en el Servicio de Hematología del Hospital Universitario de Getafe desde el año 2005 hasta 2008, evidenciando en aquella ocasión que mantenía de forma crónica niveles de leucocitos en torno a 15.000, permaneciendo estable y sin que se objetivara patología hematológica e interpretándose como un cuadro de leucocitosis reactiva.

En el año 2012 fue atendido en consulta de Medicina Interna, derivado desde el Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Getafe, por persistir leucocitosis.

El paciente, fumador de 10 cigarrillos al día, refería encontrarse bien, manteniendo su peso habitual y no teniendo fiebre. Indicó algo de pérdida de apetito que ponía en relación con falta de actividad laboral. También presentaba ocasionalmente dolores en hipocondrio izquierdo, hacía unas dos deposiciones al día de características normales y sin diarrea.

A la exploración física no presentó alteraciones significativas y como exploraciones complementarias se le realizaron además de una analítica, un TAC de abdomen (sin hallazgos significativos) y una radiografía de tórax (el día 13 de enero de 2012) con el comentario de hiperinsuflación pulmonar.

Según resulta del informe de 10 de abril de 2012 del Servicio de Medicina Interna (no de Hematología como afirma la reclamación), al tratarse de un paciente *“con leucocitosis moderada desde hace al menos siete años, manteniendo desde entonces cifras estables de leucocitosis y sin que se haya objetivado otro tipo de patología asociada”*, se decidió no solicitar más estudios, aconsejando seguimiento por su médico y remitir de nuevo a esta consulta en caso de considerarlo oportuno, dada la cronicidad del proceso.

Consta en la historia clínica que el paciente fue atendido por su médico de Atención Primaria el día 27 de mayo de 2013 por dolor en hemitórax izquierdo, siendo el resultado de las auscultaciones realizadas, tanto cardíaca como pulmonar, normales. El electrocardiograma realizado también fue informado como normal.

El día 1 de octubre de 2014 el reclamante acudió a su médico de Atención Primaria por catarro en vías altas. Refería odinofagia desde hacía dos días, tos, rinorrea, escasa expectoración, sin fiebre ni sibilancias. *“No sensación disneica”*. Tanto la auscultación cardíaca como la pulmonar fueron normales.

Con fecha 26 de marzo de 2015 el paciente fue visto en la consulta de su médico de Atención Primaria ante la sospecha de parotiditis. Refería la aparición brusca de adenopatías y tumoración bilateral a nivel del ángulo mandibular. Sin fiebre ni otros síntomas. Se pautó tratamiento y revisión en una semana. El día 30 de marzo siguiente acudió a la revisión, refería continuar igual. La auscultación cardíaca y pulmonar fue normal. Se le indicó continuar con el ibuprofeno y revisión en una semana.

El día 5 de abril de 2017 fue atendido en su centro de salud por contusión en las costillas 5ª y 6ª del arco anterior derecho, solicitándose unas radiografías de la parrilla costal, sin observarse fractura.

El día 26 de junio de 2017 tuvo que ser visto nuevamente en consulta con motivo de una contusión torácica, tras una agresión. *“Acude a consulta por referir haber recibido golpes en la parte anterior del tórax hace quince minutos”*. Se extendió parte de lesiones. Ese mismo día fue atendido en su centro de salud por otro profesional: *“Acude a Urgencias por encontrarse muy nervioso, tras la declaración en la Guardia Civil y haber sido informado al llegar a casa que el agresor le había denunciado, después de la agresión esta mañana”*. En la exploración el paciente se encontraba taquicárdico, taquipneico y muy afectado emocionalmente. Auscultación cardíaca y pulmonar (acp) normal.

Con fecha 29 de junio de 2017 el paciente fue visto en Urgencias de su centro de salud por ansiedad, alteración del sueño y de la ingesta, así como sensación opresiva en tórax, pautándose lorazepam 1 mg.

Al día siguiente volvió nuevamente a Urgencias del centro de salud por nerviosismo. El paciente presentaba una tensión arterial de 130/90 con el resto de la exploración normal.

El día 23 de enero de 2018 el médico de Atención Primaria derivó al paciente al Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de Getafe al referir dolor en varias articulaciones, tobillos, rodillas, codos, sin tumefacción ni pérdida de movilidad, solicitándose analítica con pruebas reumatológicas.

Según consta en la historia clínica, el día 9 de febrero de 2018 el reclamante, en relación con el episodio de leucocitosis, fue derivado al Servicio de Hematología del Hospital Universitario de Getafe. No obstante, al no acudir a la cita, tuvo que solicitarse nueva interconsulta para dicho servicio el día 27 de marzo de 2018.

El día 22 de mayo de 2018 el paciente acudió a la cita prevista en consultas externas del Servicio de Hematología del Hospital Universitario de Getafe. Se hizo constar que había sido estudiado en dicha consulta y en Medicina Interna por leucocitosis crónica con neutrofilia. *“Actualmente ha vuelto a fumar desde noviembre de 2017 después de estar 4 años sin hacerlo. No bebe alcohol. No hipertensión arterial u otro antecedente de interés. Refiere que últimamente toma un AINE por presentar poliartralgias crónicas que le impiden hacer vida normal. No alergias medicamentosas conocidas”*. El paciente refería que últimamente presentaba sensación distérmica nocturna, con pérdida de peso de aproximadamente 6 kg., manteniendo apetito, así como poliartralgias diseminadas sin artritis conocida, asténico, no anorexia, deposiciones blandas 2 al día sin sangre, moco o pus. A la exploración física se reflejó que presentaba *“dedos en palillo de tambor en ambas manos”* y en la auscultación pulmonar *“alargamiento del tiempo espiratorio, crepitantes aislados basales”*, por lo que se solicitó radiografía de tórax preferente.



El día 5 de junio de 2018 la paciente acudió a la consulta de Hematología para recoger los datos analíticos radiológicos solicitados. La radiografía de tórax mostraba signos de bronconeumopatía crónica severa, con discreto engrosamiento intersticial periférico basal. Se indicó como plan:

*“En estos momentos no se evidencia enfermedad hematológica, tanto la morfología como el estudio fenotípico de sangre periférica son normales.*

*Dados los hallazgos clínicos de astenia, tos y aumento de disnea basal junto con los dedos en palillo de tambor y los hallazgos radiológicos se contacta con el Servicio de Neumología para descartar enfermedad pulmonar intersticial. Se da parte de interconsulta para que acuda allí”.*

El 3 de julio de 2018 fue visto en el Servicio de Neumología, en la consulta monográfica de Enfermedad Pulmonar Intersticial (EPI), en el informe emitido ese día se recogen entre los antecedentes del paciente tabaquismo activo con un índice de paquetes/año (IPA) > 30 y que había trabajado como chapista hacía 10 años. En el apartado relativo a la situación funcional se indica disnea 1-2 MRC (*Medical Research Council*). El paciente refería disnea de moderados esfuerzos desde hacía 2-4 años. “No síncope ni dolor torácico”. A la exploración física: “Saturación O<sub>2</sub> basal 94%. Talal baja. Acropaquias. Peso 48 kg, Talla 160 cm. IMC 19. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular (mv) muy disminuido. Auscultación cardíaca: parece rítmico sin soplos. Miembros inferiores: no edemas”. Se valoró el TC realizado con zonas de enfisema y severa afectación de la difusión pulmonar. También se realizó ecografía pleuropulmonar el día de la consulta, objetivándose un patrón sonográfico pulmonar normal sin patrón intersticial pero con ventrículo derecho aparentemente dilatado aunque con aparente buena contractilidad.

Como diagnóstico principal: Enfisema a estudio. Sospecha de hipertensión pulmonar.

Con fecha 6 de julio de 2018 el paciente acudió a su médico de Atención Primaria abriéndose un episodio por enfisema pulmonar y anotándose en la historia clínica el contenido del informe del Servicio de Neumología del Hospital Universitario de Getafe.

Ese mismo día, 6 de julio de 2018, se inició también un episodio de tabaquismo, reflejándose que era fumador de 15 cigarrillos al día, fumador desde hacía 17 años para su inclusión en el programa de seguimiento de deshabituación tabáquica.

El 2 de agosto de 2018 el paciente fue valorado en el Servicio de Reumatología por poliartralgias.

Con fecha 28 de septiembre de 2018 se le realizó una gammagrafía de pulmón que mostró *“distribución heterogénea del radiotrazador por el interior del parénquima pulmonar, sin observarse defectos de perfusión con morfología de cuña que sugieran la existencia de tromboembolismo pulmonar (TEP) en el momento actual”*.

**TERCERO.-** Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del expediente, conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC).

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81 LPAC, se ha incorporado al expediente un informe médico de Atención Primaria fechado el 30 de mayo de 2019 (folios 123 y 124) que relata la asistencia prestada al paciente desde el año 2004 y declara:

*“Se han realizado innumerables analíticas como se puede comprobar en los expedientes de Atención Primaria y del Hospital*

*Universitario de Getafe. En los expedientes aportados solo se indican algunas de ellas. En el escrito se hacen referencias sobre el Dr. (...) que son absolutamente falsas, como las siguientes: que nunca le preguntara sobre su trabajo (ver historia clínica)”.*

El médico de Atención Primaria rebate las manifestaciones realizadas por el reclamante relativas que se le dijera al paciente que las analíticas “*son muy costosas para la Seguridad Social*”; que no se mostrara interés por su salud; que no se le prestara atención, o que “*era demasiado joven para tomar pastillas (ver cientos de prescripciones en historia clínica)”*”.

El informe del médico de Atención Primaria, en relación con el informe de la trabajadora social del Ayuntamiento de Pinto aportado por el reclamante dice que los comentarios realizados “*son falsos porque no aparecen en la historia clínica y porque durante el período descrito han ocupado ese puesto laboral hasta cinco profesionales distintos*”.

Según el médico del centro de salud:

*“La valoración por Hematología se inició en 2005. Desde entonces hasta la actualidad han persistido en mayor o menor grado múltiples infecciones (...). El hallazgo de la Rx tórax alterada del 2018 forma parte del estudio y seguimiento de la leucocitosis. Previamente se había realizado otras pruebas de imagen en las que no se informaba como parénquima alterado (...).*

*Por todo ello, niego rotundamente que mi actuación o la de los restantes profesionales haya sido constitutiva de mala praxis médica en las consultas que el usuario demandó asistencia, ya que la atención y dedicación que se le ha prestado ha sido la adecuada, muchas veces superando el tiempo por consulta que*

*hay asignado en Atención Primaria (...), que el seguimiento de sus procesos han sido cercano y reiterado mediante la realización de múltiples analíticas, pruebas complementarias e interconsultas, y que la valoración, el diagnóstico, y tratamientos han sido rigurosamente adecuados a la evidencia científica actual”.*

El día 18 de junio de 2019 emite informe del jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Getafe (folio 131) que dice:

*“Visto en consulta por primera vez en junio de 2008 por leucocitosis moderada persistente, se realizó estudio que incluyó análisis, ecocardiograma y se recomendó dejar de fumar.*

*Fue atendido nuevamente en consulta en el año 2012 remitido de Dermatología por persistir la leucocitosis. Ya había sido estudiado en Hematología por este motivo y seguido hasta 2008, permaneciendo estable y sin que se objetivara patología hematológica.*

*Se realizó estudio amplio dirigido a descartar patología sistémica como figura en el informe de fecha 10/4/2012 a lo que hay que añadir una radiografía de tórax de fecha 13/1/2012.*

*Ante la negatividad del estudio realizado y dado que se trata de un dato analítico sin aparente repercusión clínica se dio de alta aconsejándose control por su médico de Atención Primaria y que se remitiera a consulta en caso de considerarlo oportuno. No se indicó tratamiento específico por nuestra parte”.*

Se ha incorporado la historia clínica del paciente en el Centro de Salud Pinto y en el Hospital Universitario de Getafe.

Con fecha 25 de octubre de 2019 emite informe la Inspección Sanitaria (folios 134 a 145) que, tras analizar la reclamación y la historia clínica del paciente, concluye:

*«En relación a la asistencia prestada al paciente (...) en el Servicio de Hematología del Hospital Universitario de Getafe y en el Centro de Salud de la calle Marqués de Pinto por su Médico de Familia, (...), correspondiente al proceso diagnosticado como enfisema y las consecuencias derivadas del mismo, se deduce que la atención que se le prestó está de acuerdo a “lex artis” tanto en las actuaciones diagnósticas como en los procedimientos terapéuticos que se emplearon».*

Tras la incorporación al procedimiento de los anteriores informes y de la historia clínica, se ha evacuó el trámite de y se formuló propuesta de resolución por la viceconsejera de Asistencia Sanitaria, solicitándose dictamen a esta Comisión Jurídica Asesora que, con fecha 3 de noviembre de 202, emitió su Dictamen 500/20 en el que concluía que procedía la retroacción del procedimiento para que el Servicio de Hematología del Hospital Universitario de Getafe se pronunciara sobre la asistencia prestada al reclamante desde el año 2005 y hasta el año 2008.

El día 2 de febrero de 2021 emite informe el responsable del Servicio de Hematología y Hemoterapia del Hospital Universitario de Getafe que relata la asistencia prestada al paciente remontándose, ahora sí, al 25 de agosto de 2005, fecha en la que fue valorado por primera vez en dicho servicio por leucocitosis con Neutrofilia. El informe señala cómo el paciente fue sometido a distintos estudios complementarios, entre ellos, morfología de sangre periférica y estudio inmunofenotipo por citometría de flujo, descartándose patología hematológica primaria o específica que exigiera tratamiento por dicho servicio y quedando caracterizada como *“reactiva o secundaria*

*(probablemente al hábito tabáquico activo del paciente en aquel momento)*". El informe indica que, a pesar de no presentar trastorno hematológico primario, el paciente fue seguido en consultas "de forma periódica para valorar la evolución analítica de la alteración (consultas 24/10/2005 26/01/2006 y 5/04/2006)" y que "ante la estabilidad analítica de la alteración y la no aparición de nueva clínica, el paciente fue dado de alta en nuestras consultas", volviendo a ser remitido a Hematología por su médico de Atención Primaria en 2008.

Con fecha 2 de marzo de 2021, la Inspección Sanitaria se ratifica en su informe anterior.

Concedido nuevo trámite de audiencia al interesado, con fecha 25 de mayo de 2021 formula alegaciones en las que reprocha la asistencia prestada por el Servicio de Medicina Interna en abril de 2012 que no tuvo en cuenta la radiografía de tórax realizada el 13 de enero de 2012 que informó "hiperinsuflación pulmonar", y no procedió a derivar al paciente al Servicio de Neumología. También solicita como prueba que el Servicio de Neumología informe sobre la situación en la que llegó al citado servicio en mayo de 2018 y que se pronuncie sobre "la conveniencia de haberse realizado un estudio neumológico ya en el año 2012 ante el hallazgo en radiografía de la existencia de una hiperinsuflación pulmonar".

El 2 de junio de 2021 se dicta propuesta de resolución por el viceconsejero de Asistencia Sanitaria, desestimatoria de la reclamación al considerar no acreditado el daño antijurídico alegado por el reclamante.

**CUARTO.-** Por escrito del consejero de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 17 de junio de 2021 se formuló preceptiva consulta a este órgano.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 319/21, a la letrada vocal Dña. Rocío Guerrero Ankersmit que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por la Sección de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 31 de agosto de 2021.

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

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

### **CONSIDERACIONES DE DERECHO**

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

**SEGUNDA.-** La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada según consta en los antecedentes, se regula en la LPAC de conformidad con su artículo 1.1, con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. Su

regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

El reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al haber recibido la atención sanitaria objeto de reproche.

Se cumple, igualmente, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, por cuanto el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado en centros sanitarios públicos de la Comunidad de Madrid, como son el Centro de Salud Pinto y el Hospital Universitario de Getafe.

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

En el caso que nos ocupa, resulta de la documentación examinada que el interesado fue diagnosticado de enfisema pulmonar el día 3 de julio de 2018, por lo que la reclamación presentada el 14 de marzo de 2019 está formulada en plazo.

En relación con el procedimiento tramitado, tras la retroacción de este de acuerdo con el Dictamen 500/20, se ha incorporado nuevo informe del Servicio de Hematología del Hospital Universitario de Getafe, informe ampliatorio de la Inspección Sanitaria y se da concedido nuevo trámite de audiencia al interesado que ha efectuado alegaciones en las que, como ha quedado expuesto en el antecedente de hecho tercero, reprocha la asistencia prestada por el Servicio de Medicina Interna en abril de 2012 que no tuvo en cuenta la radiografía



de tórax realizada el 13 de enero de 2012 que informó “*hiperinsuflación pulmonar*”, y no procedió a derivar al paciente al Servicio de Neumología. Alega que la enfermedad no tiene cura y que un diagnóstico precoz hubiera frenado el avance de la enfermedad y que los efectos se hubieran retrasado a una edad más avanzada al haber perdido, al menos, 6 años de tratamiento. Solicita como prueba que el Servicio de Neumología informe sobre la situación en la que llegó al citado servicio en mayo de 2018 y que se pronuncie sobre “*la conveniencia de haberse realizado un estudio neumológico ya en el año 2012 ante el hallazgo en radiografía de la existencia de una hiperinsuflación pulmonar*”.

La propuesta de resolución, en relación con las alegaciones formuladas por el reclamante, considera que no procede su valoración “*dado que las mismas constituyen una síntesis de lo ya manifestado en la reclamación*”. Por este motivo, la propuesta de resolución no se pronuncia sobre la solicitud de prueba formulada por el reclamante, y desestima la reclamación “*al no haberse acreditado el daño antijurídico alegado por el reclamante*”.

No podemos compartir la argumentación de la propuesta de resolución porque las alegaciones del reclamante en el trámite de audiencia se centran especialmente en el hallazgo en una radiografía de tórax realizada en enero de 2012 de una hiperinsuflación pulmonar y afirma que “*dicho hallazgo puede ser compatible con la existencia de una enfermedad pulmonar obstructiva, incluido el enfisema pulmonar*”.

En este sentido, introduce un párrafo tomado de una página web de una conocida clínica americana que informa sobre las múltiples patologías existentes, sintomatología y tratamientos, que dice sobre la hiperinsuflación pulmonar:

*“Dicha afección o patología consiste en que el aire queda atrapado en los pulmones y hace que se inflen en exceso. Puede deberse a que las vías respiratorias se obstruyen o que los sacos de aire se vuelven menos elásticos, lo que interfiere en la expulsión de aire de los pulmones. Esta afección se ve con frecuencia en las personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, trastorno que incluye el enfisema. También la puede provocar ciertos problemas pulmonares como el asma y la fibrosis quística. En algunos casos los pulmones pueden aparecer hiperinsuflados en las radiografías debido a cuestiones que no están relacionadas con la función pulmonar, razón por la que si existieran dudas sobre la causa procede la práctica de pruebas adicionales como por ejemplo una tomografía computarizada del pecho y una prueba de función pulmonar”.*

Si bien es cierto que la carga de la prueba de una supuesta infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales que atendieron al paciente, como regla general corresponde a quien formula la reclamación y que es el interesado el que podía haber aportado un informe pericial sobre la relación existente entre la hiperinsuflación pulmonar, diagnosticada en una radiografía realizada el día 13 de enero de 2012 a solicitud del Servicio de Medicina Interna (consultas externas), folio 80 del expediente administrativo, y el retraso de diagnóstico del enfisema pulmonar alegado, lo cierto es que ninguno de los informes incorporados al procedimiento, incluidos el informe del Servicio de Hematología del Hospital Universitario de Getafe, el informe del Servicio de Medicina Interna y el informe de la Inspección se pronuncian sobre esta cuestión.

Como es doctrina reiterada de esta Comisión Jurídica Asesora, la práctica de pruebas se admite en el procedimiento administrativo, precisamente cuando la Administración no tenga por ciertos los

hechos alegados por los interesados o la naturaleza del procedimiento lo exija, conforme el artículo 77.2 de la PAC.

La Administración, por tanto, debe desplegar en la instrucción la actividad necesaria para una correcta resolución del asunto, en aras de servir con objetividad los intereses generales, con sometimiento pleno a la ley y al derecho como señala el artículo 103 de la Constitución Española, ya que el procedimiento administrativo se configura como el cauce formal al que la Administración debe ajustar su actuación, precisamente en garantía del ciudadano.

A este respecto cabe decir que dicha prueba no se ha practicado ni se ha dictado resolución motivada al efecto, como ordena el artículo 77.3 de la LPAC, conforme al cual el instructor del procedimiento sólo podrá rechazar las pruebas propuestas por los interesados cuando sean manifiestamente improcedentes o innecesarias, mediante resolución motivada.

En el presente caso, la falta de pronunciamiento del instructor sobre la prueba propuesta por el interesado en una cuestión –la hiperinsuflación pulmonar– que no abordan ninguno de los informes obrantes en el expediente, incluidos el informe del Servicio de Medicina Interna, servicio que solicitó la radiografía de tórax, y el informe de la Inspección Sanitaria, desestimando la propuesta de resolución la reclamación por falta de prueba de la antijuridicidad del daño, genera indefensión al interesado, por lo que procede la retroacción del procedimiento para que el instructor se pronuncie y, en su caso, practique la prueba solicitada por el interesado.

Una vez cumplimentados dichos trámites, deberá redactarse una nueva propuesta de resolución y remitirse el expediente completo a esta Comisión Jurídica Asesora para su dictamen preceptivo.

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

### **CONCLUSIÓN**

Procede retrotraer el procedimiento para que se actúe en la forma dispuesta en la consideración de derecho tercera.

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 31 de agosto de 2021

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 395/21

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid