

Dictamen nº: **652/21**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **21.12.21**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 21 de diciembre 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. en nombre propio y D. en nombre y representación de su hija menor Dña., por el fallecimiento de Dña., (en adelante, “*la paciente*”), que atribuyen a un seguimiento y tratamiento incorrecto de melanoma, en el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (en adelante, HUPHM).

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 16 de enero de 2020, las personas citadas en el encabezamiento presentan en el registro de la Consejería de Sanidad una reclamación de responsabilidad patrimonial, en la que exponen que la pareja y madre de los reclamantes había fallecido el 18 de enero de 2019 a la edad de 47 años.

Relatan en la reclamación, que había sido diagnosticada en el año 2015 de dos melanomas malignos: en el antebrazo derecho; un melanoma de extensión superficial, nivel IV de Clark, ulcerado y con

crecimiento en profundidad (bleslow 2,6 mm), y en la región pectoral izquierda; melanoma de extensión superficial, nivel I de Clark sobre nevus displásico con bordes libres a 0,2 cm.

A continuación, señalan que, el 5 de noviembre de ese mismo año fue intervenida quirúrgicamente para ampliación de márgenes de los dos melanomas en el HUPHM y respecto a la herida quirúrgica del antebrazo, precisan que fue necesario realizar cobertura con injerto cutáneo obtenido de la ingle izquierda y además se realizó biopsia selectiva de ganglio centinela que no evidenció metástasis. Tras la cirugía acudió a revisión el 9 de diciembre de 2015 y sin pautar ninguna prueba ni exploración complementaria, con la única recomendación de protección solar, fue citada para revisión en la primavera de 2016.

Refieren que en marzo de 2016 acudió a revisión al Servicio de Dermatología, refirió dolor intenso en la zona axilar donde se había obtenido la muestra del ganglio centinela y se solicitó la realización de un TAC cérvico toracoabdominopélvico y otro de abdomen que se realizaron en el mes de abril. El primero de ellos concluyó similitud de los ganglios laterocervicales bilaterales inespecíficos y en el TC de abdomen se objetivó un quiste de 14 mm en segmento hepático VIII y otro en la cúpula izquierda (segmento II) y se determinó que no existían hallazgos significativos ni lesiones sospechosas.

Manifiestan que, en septiembre de 2017 acudió a revisión al Servicio de Dermatología y tan solo se le pautó realizar una analítica, pero al referir que continuaba con dolor en la región axilar derecha, se le indicó la realización de una ecografía axilar en la que no se identificaron ganglios patológicos.

Indican que, en la última revisión en el HUPHM, el 11 de octubre de 2018, el Servicio de Dermatología hizo constar en un informe que la paciente no presentaba signos de alarma en la exploración, ni adenopatías, ni masas, ni se pautó ninguna prueba de imagen.

Expresan que, dos meses más tarde, en diciembre de 2018, la paciente acudió al Hospital Central de Asturias, donde se encontraba de vacaciones, por cefalea opresiva frontal y occipital acompañada de náuseas, vómitos, mareos y sensación de inestabilidad. Le realizaron: una Rx de tórax en la que se visualizó una masa de 44x52 mm hiliar izquierda asociada a nódulos subcentimétricos distribuidos por ambos pulmones de origen tumoral, un TAC craneal en el que se observaron incontables lesiones cerebrales, un PET-TAC que reveló diseminación tumoral múltiple, biopsia de masa en lóbulo superior izquierdo que determinó que se trataba de un tumor maligno y fue diagnosticada de metástasis de melanoma en estadio IV con afectación cerebral, pulmonar, ósea, peritoneal y subcutáneos, falleciendo en el Hospital Universitario Central de Asturias el 18 de enero de 2019.

Consideran que en el HUPHM no se realizó un seguimiento correcto del melanoma, que hubo ausencia de pruebas diagnósticas y no se le pautó el tratamiento que hubiera evitado el avance de la enfermedad.

Solicitan una indemnización de 315.844 euros, con el siguiente desglose: 144.674, euros para su pareja, incluido el lucro cesante y 171.170 euros para la hija, incluido el lucro cesante.

Acompañan al escrito de reclamación copia del libro de familia, sentencia de divorcio de 31 de julio de 2013 del Juzgado de Primera Instancia nº 4 de Majadahonda, un contrato de arrendamiento de 24 de noviembre de 2012 suscrito por la paciente y el reclamante, documentación médica del HUPHM y del Hospital Universitario Central de Asturias, el certificado de defunción y la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas del ejercicio 2018.

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

La paciente, de 47 años de edad en el momento de los hechos, sin antecedentes personales de interés y antecedentes familiares de cáncer cutáneo, no melanoma, en madre y hermano, el día 7 de septiembre de 2015 acude para valoración a Dermatología del HUPHM por lesión de 4 años de evolución en dorso de antebrazo derecho y lesión compatible con carcinoma basocelular de 1 cm de diámetro. Se propone extirpación para el día siguiente y previa firma de los correspondientes consentimientos informados, la extirpación de las lesiones se realiza el 8 de septiembre de 2015.

El resultado de anatomía patológica es el siguiente:

“- Extirpación de tumor cutánea en región pectoral izquierda: Elipse cutánea de piel que mide 1,3 x 0,9 x 0,9 cm presenta una superficie irregular plana negruzca de 0,9 x 0,5 cm. Total en dos bloques. DIAGNÓSTICO ANATOMOPATÓLOGICO Fragmento de piel con un MELANOMA IN SITU sobre un nevus displásico compuesto. Bordes libres. pTisV0L0 (TNM 7ªed).

- Extirpación de lesión cutánea en antebrazo izquierdo”: Cuña cutánea de 2 x 1,3 x 0,5 cm que presenta en la superficie una lesión blanquecina, redonda, sobreelevada de 1 x 0,9 x 0,9 cm. Total en dos bloques. DIAGNÓSTICO ANATOMOPATÓLOGICO Fragmento de piel con un MELANOMA DE EXTENSIÓN SUPERFICIAL (1 cm), nivel IV de Clark, espesor de Breslow de 2,6 mm, con 10 mitosis/mm2, con leve respuesta linfocitaria, extensamente ulcerado”.

El 6 de octubre de 2015 acude a revisión a Dermatología. Se realiza exploración física y se le entregan los resultados de Anatomía Patológica (melanoma in situ anterior sobre nevus displásico y melanoma T3b en antebrazo). Se solicita interconsulta a Cirugía Plástica para ampliación de márgenes y estudio de ganglio centinela en axila. También se solicita análisis con coagulación preoperatoria y PET-TC.

El Informe del PET-TC de fecha 21 de octubre de 2015 concluye *“sin evidencia de tejido tumoral viable con afinidad por la 18F-FDG”*.

De forma programada, el 5 de noviembre de 2015 ingresa para cirugía de ampliación de márgenes y estudio de ganglio centinela. Se realiza ampliación de márgenes de melanoma maligno en antebrazo derecho, cobertura del defecto con injerto cutáneo de espesor total obtenido de la ingle izquierda y biopsia selectiva de ganglio centinela. Con evolución satisfactoria en el postoperatorio inmediato, recibe alta al día siguiente.

Los resultados de Anatomía Patológica de las muestras obtenidas en la intervención son:

- “- En antebrazo derecho: fragmento de piel con una cicatriz y marcada elastosis actínica: ausencia de tumor residual.*
- Torax: fragmento de piel con una cicatriz y marcada elastosis actínica: ausencia de tumor residual.*
- Dos ganglios linfáticos sin infiltración neoplásica ni en el estudio de hematoxilinaeosina, ni en el estudio inmunohistoquímico realizado siguiendo el protocolo de ganglio centinela”.*

Es valorada en consulta de Cirugía Plástica el 20 de noviembre y el 4 de diciembre de 2015 y ante la buena evolución de la intervención se le recomienda continuar las revisiones en Dermatología.

El 9 de diciembre de 2015 acude a revisión a la consulta de Dermatología. El estudio de extensión es negativo con ganglio centinela y PET. En la exploración física, la cicatriz no presenta signos de recidiva, sin adenopatías, ni masas, nevus melanocíticos en número moderado sin signos de alarma. La paciente refiere dolor en la cicatriz donde se

realizó el estudio de ganglio centinela y se solicita TAC. Se le indica protección solar y control en la primavera de 2016 o antes si cambios.

El 30 de marzo de 2016 es revisada en consulta de Dermatología. En la exploración física, la cicatriz no presenta signos de recidiva. Sin adenopatías, ni masas. Nevus melanocíticos en número moderado, no abcd. Continúa con dolor intenso en la zona axilar derecha y se solicita TAC y control en 6 meses.

El 7 de abril de 2016 se realiza TAC cérvico toracoabdominopélvico con contraste intravenoso en el que se recoge la siguiente conclusión: *“similitud de los múltiples ganglios laterocervicales bilaterales inespecíficos. Quistes hepáticos”*.

El 19 de abril de 2016 acude a consulta de Dermatología, se revisa el resultado de TAC y se compara con el realizado en octubre de 2015.

El 25 de abril de 2016 acude a consulta de Rehabilitación por dolor de hombro derecho. En la exploración física se observa balance articular, fuerza y sensibilidad conservada, no linfedema y es dada de alta por no precisar tratamiento rehabilitador.

El 14 de febrero de 2017 acude a revisión a la consulta de Dermatología de melanoma múltiple: pectoral in situ y brazo derecho. En la exploración física presenta injerto en buen estado, sin datos de recidiva ni saltelitos. No adenopatías palpables inguinales, ni axilares, ni cervicales. Múltiples nevus melanocíticos, sin datos de alarma. Se solicita analítica con LDH y revisión en 6 meses.

La analítica con LDH realizada no muestra alteraciones significativas.

El 12 de septiembre de 2017 es revisada en la consulta de Dermatología. En la exploración física se observa la cicatriz sin signos

de recidiva. No adenopatías, ni masas. Presenta dolor en la axila derecha y se solicita la realización de una ecografía axilar. Sin signos de alarma se indica protección solar y control anual, o antes si hubiera cambios.

El 27 de septiembre de 2017 se realiza mamografía bilateral y ecografía de ambas mamas sin hallazgos significativos.

En la consulta de Dermatología del día 11 de octubre de 2018 la exploración no presenta cambios ni signos de alarma, sin adenopatías ni masas. Cicatriz sin signos de recidiva.

La paciente, el 30 de diciembre de 2018, acude al Hospital Universitario Central de Asturias por cefalea y vómitos, precisando ingreso hasta el día 11 de enero de 2019 por melanoma estadio IV con afectación cerebral, pulmonar, ósea, peritoneal y subcutánea. El día 13 de enero ingresó por síndrome de hipertensión intracraneal en relación a progresión tumoral a nivel cerebral. Inició tratamiento con mala evolución, falleciendo el día 18 de enero de 2019.

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

Se ha incorporado al expediente la historia clínica del HUPHM.

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81.1 LPAC, se ha incorporado al expediente un informe elaborado por el Servicio de Dermatología del HUPHM de 17 de febrero de 2020 que detalla la asistencia dispensada a la paciente desde que acudió el 7 de septiembre de 2015 a la consulta por una lesión cutánea en la región pectoral izquierda y otra lesión en el antebrazo derecho y se decidió la

extirpación de las mismas al día siguiente. Una vez que se tuvo el informe anatomopatológico, acudió el día 6 de octubre y se solicitó interconsulta a Cirugía Plástica para ampliación de márgenes y estudio de ganglio centinela más estudio de extensión con PEC-TC *“sin evidencia de tejido tumoral viable con afinidad por la 18F-FDG”*, realizándose el 5 de noviembre ampliación de márgenes y ganglio centinela con buena evolución. Los resultados de Anatomía Patológica fueron de antebrazo derecho con ausencia de tumor residual, tórax con ausencia de tumor residual y dos ganglios sin infiltración neoplásica. En la revisión de diciembre de 2015 la cicatriz no mostraba recidiva, ni la paciente presentaba adenopatías ni masas ni otras lesiones pigmentadas atípicas. Se realizó TAC en abril de 2016 y análisis de sangre con LDH en julio de 2017 sin alteraciones significativas y en la ecografía axilar de septiembre de 2017 se exploró la región axilar y no se identificaron ganglios en tamaño, número y estructura patológicos. Según el informe *“se insistió en medidas de protección solar y se realizaron revisiones periódicas (19 de abril de 2016, 14 de febrero de 2017, 12 de septiembre de 2017 y 11 de octubre de 2018) en las que la paciente se encontraba bien, asintomática, no se observaron adenopatías ni masas, la exploración general fue normal, con la advertencia de que se pusiera en contacto con nosotros antes si hubiera algún cambio clínico”*.

Figura también en el expediente el informe de la Inspección Sanitaria de 29 de septiembre de 2020 que tras analizar la asistencia sanitaria dispensada a la paciente considera que *“no puede decirse que la asistencia prestada haya sido incorrecta de acuerdo a la situación de la paciente en cada momento”*.

El 17 de noviembre de 2020 los reclamantes incorporan al procedimiento un informe médico pericial emitido por un médico especialista en Medicina Interna fechado el 14 de noviembre de 2020 según el cual, se adecuaron a la *lex artis* los procedimientos realizados a la paciente en el HUPHM desde que fue diagnosticada e intervenida, con

ampliación de márgenes y estudio del ganglio centinela, sin estar afectado, hasta que el estudio de extensión (PET-TC) resultó negativo para metástasis, sin embargo respecto al seguimiento clínico indica que *“hay aspectos controvertidos que no se ajustan a las recomendaciones de las Guías”* sobre el melanoma. En relación al estadio del tumor encontrado en el brazo derecho afirma que *“el beneficio de un tratamiento sistémico adyuvante con interferón podría mostrar un incremento en la supervivencia libre de progresión según el Protocolo de consenso de pacientes con melanoma maligno del Servicio de Salud del Principado de Asturias”*. Por otra parte, el informe indica que las revisiones en Dermatología no se ajustaron a las recomendaciones del citado protocolo según el cual, en el melanoma estadio IIB, se realizarán consultas cada 3-6 meses durante los dos primeros años con anamnesis y exploración física y posteriormente cada 3-12 meses durante tres años, continuando después con revisiones anuales. El informe concluye que hubo retraso en las revisiones, ausencia de exploraciones complementarias, no se realizó una RMN cerebral al menos en los años 2017 y 2018, y no se consideró la posibilidad de un tratamiento adyuvante.

Tras la incorporación del anterior informe se otorgó el trámite de audiencia a los reclamantes y no figura en el expediente la presentación de alegaciones.

El 18 de junio de 2021 se formuló propuesta de resolución, por el viceconsejero de Asistencia Sanitaria, desestimatoria de la reclamación presentada.

Se solicitó el dictamen de este órgano consultivo que en su Dictamen 354/21, de 20 de julio concluyó retrotraer el procedimiento para dar traslado de la documentación aportada por los reclamantes, al Servicio de Dermatología y a la Inspección Sanitaria.

Tras el dictamen de esta Comisión Jurídica Asesora, el 11 de agosto de 2021 el Servicio de Dermatología emite nuevo informe.

El 7 de septiembre de 2021 la Inspección Sanitaria amplía el informe previamente emitido y tras el estudio de la documentación examinada concluye y reitera que la asistencia dispensada a la paciente fue adecuada y de acuerdo a la *lex artis*.

La anterior documentación se remitió a los interesados para alegaciones.

El 29 de octubre de 2021 presentan alegaciones, en las que en síntesis, consideran que los nuevos informes aportados son “*absolutamente discordantes con la realidad*” y reprochan; la ausencia de tratamiento quimioterápico, la ausencia de revisiones con frecuencia trimestral o semestral durante el año 2016 y 2017 y la ausencia de una RNM cerebral.

Finalmente, el 12 de noviembre de 2021 se dicta propuesta de resolución por el viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública desestimatoria de la reclamación presentada.

CUARTO.- El 19 de noviembre de 2021 se formuló preceptiva consulta a este órgano consultivo.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 620/21, a la letrada vocal Dña. Rosario López Ródenas que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 21 de diciembre 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 superior a 15.000 euros, 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 se regula en la LPAC. 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.

Los reclamantes, ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la LRJSP, en cuanto que sufren el daño moral que provoca el fallecimiento de su familiar.

Tal y como se indicó en el Dictamen 354/21, se ha acreditado debidamente la relación de parentesco que ligaba a la hija menor de la reclamante con su madre que actúa debidamente representada por su padre y también resulta de la documentación aportada la condición de interesado de D. (...).

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid ya que el daño cuyo resarcimiento se pretende se atribuye a la asistencia prestada por personal médico del HUPHM perteneciente a la red sanitaria pública madrileña.

En lo relativo al requisito temporal, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, que se contará, en caso de daños de carácter físico o psíquico, desde que el hecho aconteció o desde la curación o determinación del alcance de las secuelas (artículo 67.1 de la LPAC).

En este caso el *dies a quo* viene dado por el fallecimiento de la paciente el 18 de enero de 2019 por lo que la reclamación presentada el 16 de enero de 2020 está formulada dentro del plazo legal.

En cuanto al procedimiento, se ha recabado el informe del servicio al que se imputa la producción del daño en virtud de lo dispuesto en el artículo 81 de la LPAC. El instructor ha solicitado informe de la Inspección Sanitaria y se ha incorporado la historia clínica. Tras lo anterior, se otorgó audiencia a los interesados que no formularon alegaciones, se dictó propuesta de resolución y tras el Dictamen de esta Comisión Jurídica Asesora y la incorporación de los informes del Servicio de Dermatología y de la Inspección Sanitaria, se ha otorgado nuevamente audiencia a los interesados, que han formulado alegaciones, y se ha dictado nueva propuesta de resolución remitida, junto con el resto del expediente, a esta Comisión Jurídica Asesora para la emisión del preceptivo dictamen.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido trámite alguno 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 recuerda la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de mayo de 2016 (recurso 1153/2012) “que cuando se trata de reclamaciones derivadas de actuaciones sanitarias, la doctrina jurisprudencial viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente, de manera que, si el servicio sanitario o médico se prestó correctamente y de acuerdo con el estado del saber y de los medios disponibles, la lesión causada no constituiría un daño antijurídico”.

CUARTA.- De los presupuestos anteriormente señalados se deduce que no cabe plantearse una posible responsabilidad de la Administración sin la existencia de un daño real y efectivo.

En el caso que nos ocupa está acreditado el fallecimiento de la pareja y madre de los reclamantes, que constituye un “daño moral cuya existencia no 20/29 necesita prueba alguna y ha de presumirse como cierto” (Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de noviembre de 2004 -recurso 7013/2000- y en similar sentido la Sentencia de 25 de julio de 2003 -recurso 1267/1999-) y que jurisprudencia consolidada ha admitido como supuesto de lesión indemnizable (Sentencias del

Tribunal Supremo de 27 de noviembre de 1993 -recurso 395/1993-, 19 de noviembre de 1994 -recurso 12968/1991- y 28 de febrero de 1995 -recurso 1902/1991-), aunque de difícil valoración económica.

Sin embargo, la existencia de un daño no es suficiente para declarar la responsabilidad de la Administración, por lo que ha de analizarse la concurrencia, en su caso, de los demás requisitos.

En el presente caso los interesados reprochan que la paciente no tuvo un tratamiento quimioterápico a pesar del riesgo de metástasis de un melanoma con nivel IV de Clarck, ulcerado y con crecimiento en profundidad. También reprochan retraso en las consultas del Servicio de Dermatología y ausencia de pruebas complementarias, concretamente reprochan que no se realizó una RMN cerebral, al menos en el año 2017.

Sin embargo, tal y como ya ha sido apuntado, para determinar la supuesta infracción de la *lex artis* debemos partir de la regla general de 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 la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de junio de 2017 (recurso 909/2014), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

En este caso, las reclamantes, tal como ya ha sido indicado, han aportado al procedimiento, un dictamen pericial elaborado y firmado por un médico especialista en Medicina Interna, master en valoración del daño corporal y perito médico judicial, que sostiene que, desde que la paciente fue diagnosticada de dos melanomas a finales del año 2015, intervenidos con ampliación de márgenes y estudio de ganglio centinela, hasta el estudio de extensión (PET-TC), que resultó negativo para metástasis, la asistencia sanitaria se ajustó a la *lex artis*. Sin embargo, a continuación, recoge el informe que en el seguimiento posterior se ha infringido la *lex artis* y se vulneraron las recomendaciones y guías, por

retraso en las revisiones en consulta de Dermatología, ausencia de exploraciones complementarias en el año 2017 y 2018, concretamente precisa que no se realizó una RNM cerebral al menos en los años 2017 y no se consideró la posibilidad de realizar un tratamiento adyuvante.

Sin embargo, los informes médicos que obran en el expediente, del Servicio de Dermatología y de la Inspección Sanitaria, consideran que en la asistencia sanitaria dispensada a la paciente hubo una actitud asistencial ajustada a la buena práctica clínica.

Ante la concurrencia de informes periciales de sentido diverso e incluso contradictorio en sus conclusiones, la valoración conjunta de la prueba pericial ha de hacerse, según las reglas de la sana crítica, con análisis de la coherencia interna, argumentación y lógica de las conclusiones a que cada uno de ellos llega.

En este sentido, la Sentencia de la Sala de lo Contencioso del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de febrero de 2016 (recurso 1002/2013) manifiesta que *“las pruebas periciales no acreditan irrefutablemente un hecho, sino que expresan el juicio o convicción del perito con arreglo a los antecedentes que se le han facilitado (...)”* y *“no existen reglas generales preestablecidas para valorarlas, salvo la vinculación a las reglas de la sana crítica en el marco de la valoración conjunta de los medios probatorios traídos al proceso (...)”*.

Por su parte, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 27 de abril de 2017 (recurso núm. 395/2014) añade que, para el caso de que existan informes periciales con conclusiones contradictorias, *“es procedente un análisis crítico de los mismos, dándose preponderancia a aquellos informes valorativos de la praxis médica que, describiendo correctamente los hechos, los datos y fuentes de la información, están revestidos de mayor imparcialidad, objetividad e independencia y cuyas afirmaciones o conclusiones vengan dotadas de una mayor explicación racional y coherencia interna, asumiendo*

parámetros de calidad asentados por la comunidad científica, con referencia a protocolos que sean de aplicación al caso y estadísticas médicas relacionadas con el mismo. También se acostumbra a dar preferencia a aquellos dictámenes emitidos por facultativos especialistas en la materia, o bien con mayor experiencia práctica en la misma. Y en determinados asuntos, a aquéllos elaborados por funcionarios públicos u organismos oficiales en el ejercicio de su cargo y a los emitidos por sociedades científicas que gozan de prestigio en la materia sobre la que versa el dictamen”.

Pue bien, en el supuesto que nos ocupa, tal y como ya ha sido apuntado, el informe pericial aportado por los interesados tras afirmar que se ajustó la *lex artis* la asistencia sanitaria dispensada desde el diagnóstico hasta el estudio de extensión PET TC que resultó negativo para metástasis, considera que, el seguimiento clínico posterior no se ajustó a las recomendaciones de las Guías, pero sin descripción de las mismas. Según el informe pericial, a la paciente no se le realizó en el año ninguna exploración complementaria, no se realizó una RMN cerebral y no se consideró la posibilidad de un tratamiento adyuvante del que se hubiera podido beneficiar según el protocolo de consenso de pacientes con melanoma maligno del servicio de Salud del Principado de Asturias, 3ª Edición, 21/3/2019. Por otra parte, recoge el informe que las revisiones en Dermatología no se ajustaron a las recomendaciones en el estadio tumoral en que se encontraba la paciente.

Sin embargo, de acuerdo con la historia clínica, la paciente fue valorada por primera vez en Dermatología el 7 de septiembre de 2015 por una lesión cutánea en región pectoral izquierda y otra lesión en antebrazo derecho y al día siguiente se procedió a su extirpación. Tras el informe anatomopatológico acude a consulta el 6 de octubre y se interconsulta a Cirugía Plástica para ampliación de márgenes y estudio de ganglio centinela más estudio de extensión con PET-TC, que realizado

el 21 de octubre de 2015, concluyó sin evidencia de tejido tumoral viable con afinidad por la 18F-FDG. El 5 de noviembre se realiza ampliación de márgenes y estudio de ganglio centinela y con buena evolución, es revisada en Cirugía Plástica el 20 de noviembre y el 4 de diciembre de 2015. Los resultados de Anatomía Patológica mostraron ausencia de tumor residual y dos ganglios linfáticos sin infiltración neoplásica, ni en el estudio de hematoxilinaeosina, ni en el estudio inmunohistoquímico realizado.

En Dermatología es revisada el 9 de diciembre de 2015 y a la exploración física la cicatriz no mostraba signos de recidiva, no presentaba adenopatías ni masas ni otras lesiones pigmentadas atípicas pero como la paciente indicó que tenía dolor en la cicatriz donde se había realizado el estudio de ganglio centinela se solicita TAC, que realizado el 6 de abril de 2016 concluyó: similitud de los ganglios laterocervicales bilaterales inespecíficos. Quistes hepáticos.

Nuevamente acude a revisión a Dermatología el 19 de abril de 2016, y 14 de febrero de 2017 que se solicita analítica con LDH. En la revisión de 12 de septiembre de 2017 la cicatriz no presenta signos de recidiva, ni adenopatías, ni masas, exploración sin signos de alarma y se solicita ecografía axilar que se realiza el 27 de septiembre de 2017 en la que no se identifican ganglios en tamaño, número y estructura patológicos. Según recoge la historia clínica la paciente acude a revisión el 11 de octubre de 2018 y en la exploración no se observaron adenopatías, ni masas y la cicatriz, sin signos de recidiva.

Según los informes de la Inspección Sanitaria *“no existe consenso sobre el esquema de seguimiento ni los intervalos óptimos. Las recomendaciones indican que como mínimo debe realizarse un examen físico de rutina anual que incluya una evaluación completa de la piel y la palpación de los ganglios linfáticos regionales”*.

Respecto al reproche que formulan los interesados de ausencia de exploraciones complementarias, la Inspección Sanitaria transcribe la guía de práctica clínica publicada por la Asociación Española de Dermatología y Venerología y resalta que *“las pruebas complementarias son útiles para la detección precoz de las metástasis clínicamente ocultas, sobre todo a partir del estado III, siendo especialmente relevantes para una correcta estadificación y un tratamiento sistémico adecuado precoz. No se ha demostrado que esto incida directamente en una mejora de la supervivencia de los pacientes y hay que tener en cuenta la proporción de falsos positivos”*.

Para la Inspección Sanitaria la ecografía y el PET-TAC se muestran como pruebas muy sensibles y específicas para la detección precoz de metástasis ganglionares y a distancia, y en el caso de la paciente, de acuerdo con la literatura médica, se realizó un seguimiento periódico por parte de Dermatología, con anamnesis, exploración física y pruebas complementarias pertinentes que reflejaron ausencia de enfermedad desde el diagnóstico hasta la última valoración en octubre de 2018.

Respecto a la ausencia de una RMN cerebral, el informe de Dermatología explica que no existe consenso respecto a la utilidad de una RMN cerebral adicional al PET-TAC puesto que solo se ha demostrado su coste-efectividad en estadios IIC/III, en el primer año de seguimiento, a lo que la Inspección Médica añade que otros estudios con imágenes como las gammagrafías óseas o la RM del cerebro no se recomiendan para pacientes asintomáticos.

Respecto al reproche de que no se consideró la posibilidad de un tratamiento adyuvante el informe de Dermatología expresa que no se planteó tratamiento adyuvante con interferón dado que no existía afectación ganglionar, no había consenso internacional de su utilidad como tratamiento adyuvante en el melanoma de alto riesgo y hoy en día, no está indicado.

En idénticos términos se expresa el informe de la Inspección Sanitaria que además resalta, que la Guía de Práctica Clínica de Melanoma de la Academia Española de Dermatología y Venerología sugiere no considerar el interferón como una alternativa en este ámbito y que la indicación de tratamiento adyuvante en estadio IIB, en la actualidad, solo se recomienda en el contexto de ensayos clínicos, sin que esté demostrada la mejora de la supervivencia global. Para la Inspección Sanitaria el tratamiento del melanoma cutáneo primario es su extirpación quirúrgica local amplia.

En definitiva, en una valoración conjunta de la prueba conforme a las reglas de la sana crítica, frente al informe pericial elaborado por un médico especialista en Medicina Interna hemos de decantarnos por la mayor fuerza probatoria del informe de la Inspección Sanitaria y no solo por la objetividad que se presume en el ejercicio de sus funciones sino por su mayor rigor argumental, complementario de las explicaciones facilitadas por el Servicio de Dermatología.

En este caso, tal y como recoge la Inspección Sanitaria, se realizó un seguimiento periódico por parte de Dermatología y se realizaron las pruebas complementarias pertinentes que reflejaban ausencia de enfermedad desde el diagnóstico hasta la última valoración en Dermatología, en octubre de 2018.

A esta conclusión debemos atenernos, dada la relevancia que, en línea con numerosas resoluciones judiciales, solemos otorgar a los informes de la Inspección Sanitaria, cuyas consideraciones, en este caso, no han sido desvirtuadas por los reclamantes con la prueba aportada.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la presente reclamación al no haber quedado acreditada la infracción de la *lex artis* en la asistencia sanitaria dispensada.

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 21 de diciembre de 2021

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 652/21

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid