

Dictamen n.º: **699/24**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **07.11.24**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 7 de noviembre de 2024, aprobado por unanimidad, 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. por los daños y perjuicios sufridos que atribuye a la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario Santa Cristina, de Madrid, en el diagnóstico y tratamiento de un adenocarcinoma de cérvix.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO. - La interesada anteriormente citada, representada por un abogado, por escrito presentado el día 17 de marzo de 2023 en el Servicio de Madrileño de Salud (SERMAS), formula reclamación de responsabilidad patrimonial por la asistencia sanitaria dispensada en el referido centro sanitario.

El escrito de reclamación relata que la interesada llevaba mucho tiempo demandando atención médica, tanto en Urgencias como en especialista, por metrorragia, situación que entiende no se valoró correctamente. En relación con ello, relata distintas asistencias desde

el año 2019, y alude a la atención en el Hospital Universitario Santa Cristina, donde el 14 de abril de 2021, se emitió informe de Anatomía Patológica que recogía “*citología negativa para lesión intraepitelial o malignidad*”, al igual que el 2 de junio de 2021. Añade que en el Servicio de Ginecología del citado Hospital Universitario Santa Cristina cerraron su caso y que, al continuar con metrorragia, le comentaron que tendrían que abrir un nuevo proceso, sin darle cita hasta 2022. Refiere que, en marzo de 2022, solicitó a su ginecóloga que le realizara una colposcopia pues “*había leído en internet que tenía todos los síntomas de cáncer de cérvix*”, si bien se le indicó que dicha prueba no era necesaria por los síntomas que padecía, propios de la menstruación.

El escrito de reclamación continúa explicando que solicitó cambio de hospital y fue derivada al centro de especialidades de Vallecas, donde fue atendida en mayo de 2022, realizándole una ecografía con remisión al hospital para hacer una colposcopia. Tras dos episodios de atención en Urgencias por metrorragia, el primero con realización del test de Papanicolau, y el segundo, concluido con el diagnóstico de sinusorragia en estudio, el 1 de julio de 2022, la reclamante acudió a consulta de Ginecología del Hospital Universitario Infanta Leonor, donde no se pudo realizar colposcopia por el mal estado del cérvix. En la exploración: “*genitales externos de aspecto normal. Mucosa vaginal de aspecto normal. Cérvix con tumoración irregular, friable, de aspecto glandular, dependiente de labio cervical anterior, de 3-4 cms, que no contacta con vagina y sangrante. Recojo fragmentos de tejido que se desprenden de forma espontánea y algún fragmento más mediante pinza de Tischler. Muestra para ITS endocervical. Se realizó la biopsia, el resultado de Papanicolau fue de “Virus de Papiloma Humano Genotipo 16 (Alto riesgo oncológico)”*”.

Continuando con el relato fáctico de la reclamación, la interesada relata que el 19 de julio de 2022 acudió al Servicio de Ginecología del

Hospital Universitario Infanta Leonor, donde le indicaron que la biopsia se apreciaba “*cáncer avanzado cérvico uterino Estadio B2*” y que debía ser intervenida rápidamente, realizándole el 24 de agosto de 2022 una histerectomía radical por medio de laparotomía con reducción de vagina, extracción de matriz y de ocho ganglios linfáticos, recibiendo posteriormente 6 semanas de radioterapia externa, más dos semanas de radioterapia interna por vía vaginal en el Hospital Universitario Clínico San Carlos, así como braquiterapia.

En virtud de todo lo expuesto, la interesada señala que como consecuencia de todo el proceso no podrá tener hijos nunca; sufre anticipación de la menopausia y todo lo que conlleva; padece dolor en las relaciones sexuales y pérdida del placer; tiene propensión a la infección de las heridas y dificultades en su curación; sufre mucha debilidad en los huesos de la zona pélvica; ha sufrido cambios en su ritmo de vida; sufre marcas estéticas y funcionales en su cuerpo de por vida, hinchazón en las piernas, diarrea, sangrado rectal, vómito, incontinencia urinaria, cansancio, anemia durante y post radioterapia; sufre problemas en sus estudios, trabajo y dificultades económicas; padece daño moral con estrés postraumático, insomnio, llanto e ideas de cómo será su vida futura sin hijos, así como problemas de pareja con ruptura y filofobia.

Por lo expuesto, solicita una indemnización de 200.000 euros, “*por la pérdida de oportunidad, retraso y peor pronóstico*”.

El escrito de reclamación se acompaña con la escritura de poder otorgada a favor del representante de la interesada y con documentación médica de la reclamante (folios 1 a 84 del expediente).

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

La reclamante, nacida en el año 1992, fue remitida por su médico de Atención Primaria a la consulta de Ginecología del Hospital Universitario Santa Cristina por presentar coitorragia. Contaba con una citología de 13 de junio de 2019 con resultado negativo para lesión intraepitelial o malignidad.

La interesada fue vista por el citado Servicio de Ginecología el 14 de abril del 2021 por coitorragia y leve dispareunia ocasional. En la exploración ginecológica se evidenció un cérvix de aspecto sano con leve eritroplasia perioficial. Se tomaron cultivos endocervicales para descartar la presencia de infección, por chlamydia y micoplasma, y exudado vaginal. Se realizó una ecografía transvaginal con el resultado de *“útero en anteversión forzada con endometrio de aspecto proliferativo. Ovarios de ecoestructura normal. No liquido libre en Douglas”*. Se pautó de forma profiláctica tratamiento antibiótico con azitromicina y Blastoestimulina óvulos vaginales.

El día 14 de mayo de 2021, la reclamante tenía cita telefónica para resultados si bien, según consta anotado en la historia clínica, el número disponible en el sistema HORUS y HUSC/HCIS no correspondía con ningún paciente. Se solicita nueva cita telefónica para comentar los resultados. Se realiza indagación del número de teléfono y, el día 2 de junio de 2021, se informa de resultados: vaginosis bacteriana; trichomonas negativo; cultivo micológico, no se aíslan levaduras; Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae negativos y se aísla Ureaplasma urealyticum < 10000. La citología es *“negativa para lesión intraepitelial o malignidad”*. Se pauta tratamiento con Fluomizin.

La reclamante vuelve a consulta de Ginecología el 23 de noviembre de 2021 remitida por su médico de Atención Primaria por episodio de sangrado vaginal tras relaciones sexuales, sin otra sintomatología de interés. A la exploración, genitales externos de

aspecto sano, vagina y cérvix de nulípara bien epitelizados, leucorrea inespecífica, amplia eritroplasia periorificial, lateralización negativa, útero móvil, sin masas. Abdomen blando y depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal. Se realiza ecografía en la que se aprecia útero en anteversión forzada, con endometrio de 7mm sin patología intracavitaria. Ambos anejos ecográficamente normales, conformación quística anecoica de 19 x 21 mm en ovario derecho compatible con folículo funcional. Douglas libre. El juicio clínico es de coitorragia. Se pauta Palomacare, gel vaginal.

El 18 de enero de 2022, se realiza consulta telefónica para resultados: exudados negativos. La reclamante comenta que la coitorragia ha disminuido con el tratamiento indicado. Se pauta continuar con el mismo.

La reclamante acude el 21 de abril de 2022 a consulta de Ginecología del Hospital Universitario Infanta Leonor por persistencia de coitorragia. En la exploración ginecológica se detectó “...*Cérvix con zona de 0,5cm que sangra al roce*”. Se realizó derivación para “*colposcopia y eventual crioterapia*”.

La interesada acudió al Servicio de Urgencias, el 2 de junio del 2022, repitiéndose la citología y realizándose un test de HPV. En la exploración realizada, se evidencia el mismo punto sangrante coagulándose con nitrato de plata.

El 1 de julio de 2022, la reclamante es vista en la Unidad de Patología del Tracto Genital Inferior, del Hospital Universitario Infanta Leonor. Se anotan los resultados de la citología cervical en medio líquido (muestra del 2 de junio de 2022, del Servicio de URGENCIAS): presencia de componente endocervical / transformación. Presencia de células glandulares atípicas. Virus del Papiloma Humano genotipo 16 (alto riesgo oncológico). En la exploración: cérvix con tumoración

irregular, friable, de aspecto glandular, dependiente de labio cervical anterior, de 3-4cm, que no contacta con vagina, y sangrante. Se recoge fragmento de tejido que se desprende de forma espontánea. Colposcopia: no adecuada por sangrado profuso de tumoración descrita que requiere hemostasia. Se cita a la interesada en consulta de Gine-Oncología para resultados.

En el informe de Consulta de Gine-Oncología de 19 de julio de 2022 figura: *“Antecedentes personales: No deseos genésicos. Diagnóstico anatomopatológico: cérvix (biopsia): fragmentos de adenocarcinoma moderadamente diferenciado de origen cervical. P16. Positivo. Receptores de estrógenos y Vimentina: negativos. Exploración: ...tumoración dependiente de cérvix, exofítica, de aprox. 3-4 cm, friable, de aspecto tumoral, que sangra al tacto. Parece depender de labio anterior, afectando todo el diámetro del cérvix. Ecografía: ...Se objetiva tumoración a nivel de cérvix Doppler positivo, de 37x31mm. A la espera de resultados de extensión se explican opciones de tratamiento ... Pido R.M.N. pélvica y T.A.C. tóraco-abdomino-pélvico”*.

En la consulta del 3 de agosto de 2022, la reclamante fue informada de los resultados de las pruebas de imagen solicitadas y de la decisión quirúrgica consensuada, siendo incluida en lista de espera quirúrgica. Firma el documento de consentimiento informado para la realización de una histerectomía radical, en principio conservando los ovarios.

El 24 de agosto del 2022, se realiza una laparoscopia con disección de ganglios obturadores, informados como negativos posteriormente; laparotomía con histerectomía radical más linfadenectomía pélvica más salpinguectomía bilateral con conservación de ovarios y radioterapia más braquiterapia como tratamiento coadyuvante.

En el informe Anatomopatológico de 28 de agosto de 2022, figura:

- Adenocarcinoma endocervical usual HPV-asociado G3 (pobremente diferenciado) con zonas de moderadamente diferenciado (G2) que representan un 30% del volumen tumoral. La lesión mide 3 cm de dimensión mayor y que ocupa toda la circunferencia del cérvix.

- Profundidad de invasión estromal: 1,2 mm.

- Patrón de Infiltración de Silva: Patrón C

- Invasión Linfovascular: presente

- Márgenes: negativos para carcinoma invasor, AIS y HSIL

- Ganglios linfáticos regionales: Se aíslan 8 ganglios linfáticos sin presencia de micro metástasis ni metástasis en ninguno de ellos (B22-14195, B22-14238)

- Estadíaje patológico (pTNM, AJCC 9TM Edición): pT1b2N0

- Estadio de la FIGO (FIGO 2018): IB2

- Trompas de Falopio sin alteraciones histológicas relevantes ni signos de malignidad.

En consulta de Gine-Oncología de 22 de noviembre de 2022, la reclamante manifestó su deseo de realizar criopreservación de ovocitos previo al tratamiento adyuvante. Le acababan de llamar del Hospital Clínico San Carlos para inicio de tratamiento con radioterapia, pero ha decidido hacer primero crio preservación. Se explicó el procedimiento. Riesgo/beneficio y se realizó canalización a la Unidad de Reproducción Asistida (U.R.A) del Hospital General Universitario Gregorio Marañón que informó que la crio preservación en paciente hysterectomizada no estaba contemplado en la Seguridad Social “*porque la gestación subrogada es ilegal en España*”. Se llama en varias ocasiones a la

paciente y no coge el teléfono. Se realiza canalización independientemente para que la paciente reciba información de la Unidad de Reproducción Asistida (U.R.A.).

El último informe de atención en el Hospital Universitario Infanta Leonor corresponde a una consulta de Rehabilitación de 9 de febrero de 2023, en la que se anota que la interesada refiere desde la cirugía sensación de hipoestesia en muslo derecho y cierta dificultad funcional.

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).

Por escrito de la instrucción de 23 de marzo de 2023, se informó a la reclamante de la admisión a trámite de la reclamación formulada, de la normativa de aplicación y de los efectos del silencio administrativo para el caso de inexistencia de resolución en plazo.

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la interesada del centro hospitalario objeto de sus reproches, esto es, el Hospital Universitario Santa Cristina, y además la correspondiente al Hospital Universitario Infanta Leonor, el Hospital Universitario Clínico San Carlos, el Hospital General Universitario Gregorio Marañón y el Centro de Salud Palma Norte. Asimismo, el Hospital Universitario de La Princesa informó que, en la historia clínica de la reclamante en dicho hospital, no aparecía ningún episodio relacionado con patología de tipo ginecológico (folios 88 a 404).

Asimismo, se ha emitido informe de 13 de abril de 2023, del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Santa Cristina, en el que se indica que en el sistema informático de dicho servicio consta que a la reclamante se le realizaron dos pruebas

citológicas, una en el año 2019, solicitada desde su centro de Atención Primaria que se informó como "*negativa para lesión intraepitelial o malignidad. Cambios celulares reactivos asociados a inflamación. Desviación de la flora bacteriana sugestiva de vaginosis. Hongos*", y la segunda, en abril de 2021, una citología en medio líquido procedente de la consulta de Patología Cervical del hospital, en la que según protocolo para citología en medio líquido ThinPrep y tinción con Papanicolau, la extensión fue valorada inicialmente por un citotécnico y revisada por un patólogo y fue informada como "*negativa para lesión intraepitelial o malignidad. Flora habitual*".

El informe explica que, dada la secuencia temporal de los hechos, es posible que los resultados de las 2 citologías estudiadas en el servicio fueran 2 falsos negativos. Añade que la citología ginecológica es el medio más usado para la detección precoz del cáncer de cuello uterino desde mediados del siglo XX, pero la experiencia demuestra que se trata de una prueba con una sensibilidad subóptima (entre 40 y 75 %) que da lugar con frecuencia a resultados falsos negativos, como queda reflejado en la Guía 2022 para la Prevención secundaria del cáncer de cuello uterino de la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia. Señala que este defecto es más acusado cuando se trata de lesiones no en el epitelio escamoso, sino en el epitelio glandular, como es el caso que nos ocupa, cuando el porcentaje de falsos negativos es aún más elevado, pudiendo llegar a superar el 80 %.

Además, se ha incorporado al procedimiento el informe del jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del referido Hospital Universitario Santa Cristina que da cuenta de la asistencia dispensada según los datos de la historia clínica, comenzando por la asistencia de 14 de abril de 2021, por sangrado vaginal en las relaciones sexuales. Señala que, aunque contaba con una citología de 13 de junio de 2019,

negativa para lesión epitelial o malignidad y no correspondería realizar una nueva, según programa de cribado poblacional para la detección del cáncer de cérvix, se le realiza una nueva citología siendo en esta ocasión en medio líquido (citología en medio líquido Thin Prep). Según refiere el informe, ese mismo día se realizó ecografía vaginal y exudado vaginal y se le pautó de forma profiláctica tratamiento antibiótico y tratamiento regenerador de la mucosa cervical. Refiere que el 2 de junio de 2021, tras localizar el número de teléfono de la paciente, se informó de los resultados, entre los que figuraba vaginosis bacteriana, infección por Ureaplasma urealyticum y citología negativa para lesión intraepitelial o malignidad.

El informe relata que el día 23 de noviembre de 2021, la reclamante acudió de nuevo a consulta de Ginecología remitida por su médico de Atención Primaria por episodio de sangrado vaginal tras relaciones sexuales, negando otra sintomatología de interés. Refiere que, al tener una citología previa negativa para lesión epitelial o malignidad, se desestimó la realización de una nueva citología de cribado, así como también, según se recoge en el programa de cribado CERVICAM y en la Guía de Prevención Secundaria del Cáncer de Cuello de Útero 2022, la toma de virus de papiloma humano, por edad de la paciente y citología previa negativa. Señala que en esa misma consulta se realizó una nueva ecografía trans útero en anteversión forzada, en la que, al no existir tumor pélvico, no estaba indicada la realización de RM. Además, se realizó nuevo exudado vaginal negativo para trichomonas, cultivo micológico negativo, Chlamydia trachomatis y Neisseria gonorrhoeae, negativos. En la consulta de resultados de 18 de enero de 2022, la reclamante comentó que la coitorragia había disminuido con el tratamiento indicado, por lo que se le indicó continuar con el mismo ante la buena respuesta.

Con fecha 23 de enero de 2024, se emite informe por la Inspección Sanitaria que, tras analizar la historia clínica de la

reclamante y los informes emitidos en el curso del procedimiento y formular las oportunas consideraciones médicas concluye que

“en la asistencia sanitaria dispensada a D^a(...), con procesos asistenciales desarrollados desde el 14/04/2021 a cargo de los Servicios de Ginecología, Gine-Oncología, Oncología Radioterápica y Rehabilitación en los hospitales Santa Cristina e Infanta Leonor, y derivaciones puntuales a los hospitales Gregorio Marañón y Clínico San Carlos, se consiguió la continuidad asistencial multidisciplinaria, aunque en la estrategia diagnóstica del equipo sanitario del Hospital Santa Cristina no se incluyó una exploración endocervical mediante colposcopia, ante la persistencia de sangrado vaginal, a pesar de la ausencia de hallazgos patológicos relevantes en el resto de pruebas realizadas, lo que se aprecia determinante en retraso del diagnóstico del adenocarcinoma endocervical detectado finalmente.

Tratándose de una enfermedad de curso lento e insidioso, el referido retraso en el diagnóstico positivo no se puede considerar condición sine qua non capaz de garantizar que la magnitud y extensión de las lesiones, el tipo y severidad de las manifestaciones clínicas, alternativas terapéuticas, posibles secuelas e impacto en el entorno social y laboral de la paciente fueran diferentes si el diagnóstico se hubiera realizado antes de la fecha en la que finalmente se alcanzó”.

El 12 de mayo de 2024, se emite informe por un especialista en Obstetricia y Ginecología, a instancias del SERMAS, en el que, entre otras muchas consideraciones, y en relación con lo informado por la Inspección Sanitaria señala que, en el caso que se está analizando, nos encontramos con un cuello uterino de aspecto sano o en un cuello con una eritroplasia periorificial con una citología normal, es decir negativa para células malignas, no estaba indicada la realización de

una colposcopia; si la paciente tiene menos de 30 años, no está indicada la realización de un test de HPV y que *“es un error médico imperdonable decir que hubiese sido importante realizar una conización del cuello uterino para el diagnóstico y que así no se hubiese producido un retraso en el diagnóstico de un adenocarcinoma de cérvix, ya que como se puede observar en el algoritmo de la Guía Clínica de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), primero es una barbaridad extraer un segmento importante del cuello a una paciente joven (28 años) con una citología normal y un cuello macroscópicamente sano, pues antes habría de tener una citología patológica o al menos sospechosa que obligaría a la realización de una colposcopia y posteriormente una biopsia de la zona sospechosa como queda perfectamente descrito y aclarado en el algoritmo anteriormente citado”*. Añade que *“la realización de una colposcopia, con casi total seguridad también hubiese sido normal, o al menos con un alto porcentaje de falsos negativos pues el cáncer tipo adenocarcinoma que sufrió la paciente se empieza a desarrollar en el canal endocervical y no en la zona de transformación; que es la zona visible con colposcopia”*.

El 2 de julio de 2024, se notifica a la reclamante el preceptivo trámite de audiencia. La interesada formuló alegaciones el 22 de julio de 2024 para adherirse al informe de la Inspección Sanitaria e impugnar el informe pericial emitido a instancias del SERMAS.

Finalmente, el 7 de octubre de 2024, se elabora por la viceconsejera de Sanidad y directora general del Servicio Madrileño de Salud, propuesta de resolución en la que se interesa desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado la mala praxis denunciada.

CUARTO.- Por escrito de la consejera de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 15 de octubre de 2024 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 699/24, a la letrada vocal Dña. Ana Sofía Sánchez San Millán que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 7 de noviembre de 2024.

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 quince mil euros y por 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, 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.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al haber recibido la atención sanitaria objeto de reproche. Actúa representada por un abogado, habiéndose acreditado debidamente el poder de representación que ostenta el firmante del escrito de reclamación.

Se cumple, igualmente, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, por cuanto el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado en un centro sanitario público de la Comunidad de Madrid, como es el caso del Hospital Universitario Santa Cristina.

Por último y en lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 de la LPAC *“el derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. 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 se formula por el supuesto retraso en el diagnóstico de un adenocarcinoma de cérvix. Según la documentación examinada, dicho diagnóstico se alcanzó el 19 de julio de 2022, con intervención quirúrgica para su tratamiento el 24 de agosto de 2022. De esta manera, la reclamación presentada el 17 de marzo de 2023 estaría formulada dentro del plazo de un año que marca el texto legal, con independencia de la fecha de curación o de estabilización de las secuelas.

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 el Servicio de Ginecología y Obstetricia y por el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Santa Cristina. Además, ha emitido informe la Inspección Sanitaria. Asimismo, se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la reclamante y se le ha conferido trámite de audiencia, habiendo formulado alegaciones en los términos anteriormente 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 y 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. Según constante y reiterada jurisprudencia, el sistema de responsabilidad patrimonial presenta las siguientes características: a) unitario: rige para todas las Administraciones; b) general: abarca toda la actividad -por acción u omisión- derivada del funcionamiento de los servicios públicos, tanto si éstos incumben a los poderes públicos, como si son los particulares los que llevan a cabo actividades públicas que el ordenamiento jurídico considera de interés general; c) de responsabilidad directa: la Administración responde directamente, sin perjuicio de una eventual y posterior acción de regreso contra quienes hubieran incurrido en dolo, culpa, o negligencia grave; d) objetiva,

prescinde de la idea de culpa, por lo que, además de erigirse la causalidad en pilar esencial del sistema, es preciso que el daño sea la materialización de un riesgo jurídicamente relevante creado por el servicio público; y, e) tiende a la reparación integral.

Para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con 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 de los servicios públicos, en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran alterar dicho nexo causal; c) ausencia de fuerza mayor; y d) que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

La responsabilidad de la Administración es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión, siendo imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

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 nexo causal entre la actuación médica y el daño recibido, y que éste sea 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 CA, de 7 marzo 2007).

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

En definitiva, el título de imputación de la responsabilidad patrimonial por los daños o perjuicios generados por el funcionamiento normal o anormal de los servicios de asistencia sanitaria, no consiste sólo en la actividad generadora del riesgo,

sino que radica singularmente en el carácter inadecuado de la prestación médica llevada a cabo, que puede producirse por el incumplimiento de la lex artis o por defecto, insuficiencia o falta del servicio.

A lo anterior hay que añadir que no son indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido evitar o prever según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento que se producen aquéllos, de suerte que si la técnica empleada fue correcta de acuerdo con el estado del saber, el daño producido no sería indemnizable por no tratarse de una lesión antijurídica sino de un riesgo que el paciente tiene el deber de soportar y ello aunque existiera un nexo causal.

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

CUARTA. - En este caso, como hemos visto en los antecedentes, la reclamante reprocha la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario Santa Cristina, a la que imputa un retraso en el diagnóstico y tratamiento del adenocarcinoma de cérvix que padecía, con la consiguiente *“pérdida de oportunidad, retraso y peor pronóstico”*.

Centrado el objeto de la reclamación en los términos expuestos, vamos a analizar los reproches enunciados, 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”*.

En este caso, la reclamante no ha aportado al procedimiento ninguna prueba de los reproches de mala praxis anteriormente enunciados, por lo que habrá que estar a los informes médicos que obran en el procedimiento.

Así, como hemos visto en los antecedentes, la Inspección Sanitaria no ha considerado totalmente correcta la asistencia sanitaria dispensada a la interesada en el Hospital Universitario Santa Cristina, pues entiende que *“tras 9 meses de seguimiento, con 2 consultas presenciales, persistencia de sangrado postcoital como motivo de derivación (a pesar de la disminución del sangrado referida por la paciente, que se podía relacionar con factores casuales como disminución en la frecuencia de las relaciones sexuales asociada a la dispareunia leve ocasional referida en los informes clínicos aportados), sin referencia a sangrado vaginal espontáneo, 2 Citologías sin hallazgos de lesión epitelial sugerentes de malignidad, pero con ampliación del área de eritroplasia cervical, parece insoslayable la indicación de colposcopia antes de proceder al alta para continuar seguimiento por su M.A.P., que habría aportado la exploración anatómica endocervical que la exploración física vaginal, citología, exudado vaginal y ecografía ginecológica no podían aportar”*.

Por el contrario, el informe pericial emitido a instancias del SERMAS, elaborado por un especialista en Ginecología y Obstetricia, en contra del criterio de la Inspección Sanitaria sostiene que *“ante un*

cuello de aspecto sano o en un cuello con una eritroplasia periorificial con una citología normal, es decir, negativa para células malignas como se ha indicado anteriormente:

1- No está indicada la realización de una Colposcopia.

2- Si la paciente tiene menos de 30 años, no está indicada la realización de un test de HPV.

3- Es un error médico imperdonable decir que hubiese sido importante realizar una conización del cuello uterino para el diagnóstico y que así no se hubiese producido un retraso en el diagnóstico de un Adenocarcinoma de cérvix, ya que como se puede observar en el algoritmo de la Guía Clínica de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Primero, es una barbaridad extraer un segmento importante del cuello a una paciente joven (28 años) con una citología normal y un cuello macroscópicamente sano, pues antes habría de tener una citología patológica o al menos sospechosa que obligaría a la realización de una colposcopia y posteriormente una biopsia de la zona sospechosa como quede perfectamente descrito y aclarado en el algoritmo anteriormente citado”.

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 del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de febrero de 2016 (rec. 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 (...)”.

La Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 17 de febrero de 2022 (rec. núm. 77/2019) señala que, *“en estos casos 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”*.

En este caso, en una valoración conjunta de la prueba conforme a las reglas de la sana crítica, hemos de coincidir con el informe pericial emitido a instancias del SERMAS, no solo por haber sido elaborado por un especialista en la materia, sino también por la profundidad en el análisis de las cuestiones planteadas, con cita de abundante bibliografía médica y referencia a los protocolos médicos aplicables, que otorgan una mayor fuerza de convicción a los argumentos técnicos que expone y que contradicen la opinión de la Inspección Sanitaria, que, en nuestra opinión, incurre en sus conclusiones en la llamada *“prohibición de regreso”*, que define, en otras muchas, la Sentencia de 28 de septiembre de 2023, del Tribunal

Superior de Justicia de Madrid (procedimiento ordinario 797/2021), y 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”.

De esta manera, cabe entender, con arreglo al informe pericial especializado emitido a instancias del SERMAS, que de acuerdo con la sintomatología que presentaba la reclamante en el momento de la asistencia cuestionada no estaba indicada la realización de otras pruebas diagnósticas.

Como hemos visto en los antecedentes, la reclamante acudía al Servicio de Ginecología del Hospital Universitario Santa Cristina por coitorragia, es decir, sangrado tras las relaciones sexuales. Según explica el informe pericial especializado, dicha patología puede ser debida a múltiples causas no representando una emergencia médica en la mayoría de los casos. Entre ellas, según el informe, se encuentran la vaginosis bacteriana, que le fue diagnosticada a la reclamante en la consulta de 14 de abril de 2021 y la eritroplasia, muy frecuente en mujeres jóvenes, pues se asocia con la acción de los estrógenos, más si presenta una infección de transmisión sexual, una vaginosis bacteriana, según lo dicho.

Según detalla el informe, resulta determinante señalar que según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la indicación más común de la colposcopia es un resultado positivo en las pruebas de tamizaje como la citología y no de forma rutinaria. El motivo más común para solicitar una colposcopia es la citología cervical anormal, generalmente descubierta como resultado de un estudio de tamizaje. También la Sociedad de Oncología Médica (SEOM), recomienda la realización de colposcopia cuando las pruebas de cribado básicas son anormales.

En este caso, según el informe, la visualización del cérvix era normal y la citología fue negativa para células malignas. Además, en la consulta telefónica de 18 de enero de 2022, la coitorragia había disminuido con el tratamiento pautado, por lo que la prueba no estaba indicada. Incluso en la consulta de 20 de mayo del 2022 en el Hospital Universitario Infanta Leonor, seis meses después de la última exploración, se observó una zona de 0,5 cm que sangra al contacto que antes no se evidenciaba. Se derivó a la reclamante para realizar una colposcopia y eventual crioterapia, por lo que, según el informe, se debe entender que tampoco fue considerada la lesión como sospechosa ya que la crioterapia también se considera una opción de tratamiento en las eritroplasias periorificiales persistentes y que produzcan sangrado con las relaciones sexuales, no siendo un tratamiento para una lesión sospechosa de cáncer de cuello, pues, si hubiese al menos sospecha, se hubiese tomado una biopsia de la zona sangrante y no indicarse una colposcopia y crioterapia.

En todo caso, según explica, la realización de una colposcopia, con casi total seguridad también habría sido normal, o al menos con un alto porcentaje de falsos negativos, pues el cáncer tipo adenocarcinoma que sufrió la reclamante se empieza a desarrollar en el canal endocervical y no en la zona de transformación; que es la zona visible con colposcopia. Además, según distintos estudios, el papel de

la colposcopia y la biopsia endocervical en el caso del adenocarcinoma como es el caso, es controvertido debido a que es una prueba que genera molestias y dolor a las pacientes y además presenta limitaciones a nivel de la calidad de la prueba o la muestra, sensibilidad y falsos positivos o negativos.

Por otro lado, resulta destacable reseñar que, aun considerando que la prueba diagnóstica estuviera indicada en el caso de la reclamante, lo que como hemos visto hemos descartado en base al informe pericial especializado emitido a instancias del SERMAS, la propia Inspección Sanitaria viene a excluir la pérdida de oportunidad que reprocha la interesada pues sostiene que en patologías crónicas de curso lento e insidioso como el cáncer de cuello de útero, la omisión o retraso de una o varias actuaciones clínicas no se puede considerar condición *sine qua non* capaz de garantizar que la magnitud y extensión de las lesiones, el tipo y severidad de las manifestaciones clínicas, alternativas terapéuticas, posibles secuelas e impacto en el entorno social y laboral de la paciente, fueran diferentes si el diagnóstico se hubiera realizado unos meses antes del que finalmente se alcanzó.

En definitiva, teniendo en cuenta lo informado en el procedimiento y, en particular, considerando el informe pericial emitido por un especialista en Ginecología y Obstetricia, cabe concluir que no se ha acreditado que mediara error o retraso de diagnóstico poniéndose a disposición de la interesada los medios necesarios, en función de la sintomatología que la paciente refería y los hallazgos evidenciados en las exploraciones clínicas realizadas.

Por todo cuanto antecede, la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado infracción de la *lex artis ad hoc* en la asistencia sanitaria reprochada.

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 7 de noviembre de 2024

La Vicepresidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 699/24

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid