

Dictamen n.º: **263/25**

Consulta: **Consejera de Sanidad**

Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**

Aprobación: **22.05.25**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 22 de mayo de 2025, sobre la consulta formulada por la consejera de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por el abogado de Dña., por los daños y perjuicios derivados de la deficiente asistencia sanitaria dispensada en el Hospital, donde se le diagnosticó como neumonía organizada criptogenética (NOC) lo que resultó ser un cáncer de pulmón.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El expediente de responsabilidad patrimonial trae causa del escrito formulado por el abogado de la persona citada en el encabezamiento de este dictamen, presentado el 27 de julio de 2023 en el registro de la Consejería de Sanidad.

El escrito relata la evolución clínica de la reclamante desde que el día 12 de diciembre de 2020 se le diagnosticó una infección por SARS-CoV-2, mediante prueba de PCR practicada en el Hospital, donde la reclamante desarrollaba su actividad profesional como enfermera en el Servicio

La reclamación expone que es una paciente sin antecedentes personales de interés a la que, de forma casual, se le detectó en enero de 2021 la existencia de consolidaciones en las bases pulmonares que, puestas en relación con el contagio por Covid-19 que la paciente había sufrido pocos meses antes, motivó que se le diagnosticara el padecimiento de una neumonía organizada criptogenética, tratada mediante la administración de tratamiento antibiótico, corticoideo e inmunosupresor durante meses, sin éxito.

La reclamante señala que, ante falta de resultado del tratamiento pautado y la persistencia de la neumonía organizada criptogenética, se acordó la realización de nuevas pruebas diagnósticas, entre las que destaca la práctica de una TAC torácica en abril de 2021, que ya constató que “*en el lóbulo superior derecho hay un infiltrado apical y otro subpleural basal posterior adyacente a la cisura mayor*”. Refiere que esta anomalía fue posteriormente confirmada mediante la práctica de una nueva TAC torácica en octubre de 2021, en la que se constató la existencia de una “*consolidación pseudonodular en el lóbulo superior derecho, que presenta un comportamiento diferente, con localización estable desde el primer TC de enero de 2021, con mínimo y progresivo crecimiento. Recomiendo valorar con PET o estudio citohistológico*”.

Según el escrito, tal estudio diagnóstico, “*lamentablemente y de forma absolutamente injustificada*”, no se llegó a practicar, de modo que, cuando, en enero de 2022, se practicó una nueva TAC torácica, se volvió a confirmar la existencia de la “*lesión parenquimatosa inespecífica (aprox. 2 cm) en segmento posterior del lóbulo superior derecho, sin cambios significativos con respecto al estudio anterior. Valorar la realización de PET-TAC para determinar comportamiento metabólico de la lesión*”.

La interesada indica que dicha recomendación diagnóstica fue nuevamente desatendida, provocando que, cuando en octubre de 2022 se le practicó a la paciente una nueva TAC torácica, se confirmó la existencia de una *“lesión espiculada en el lóbulo superior derecho, sin crecimiento significativo, pero mayor especulación, sospechosa de neoplasia pulmonar. Afectación septal y peribronquial en el lóbulo superior derecho y, en menor medida, en el lóbulo medio que, dado el contexto, podría tratarse de linfagitis carcinomatosa. Adenomegalias mediastínicas indeterminadas. Lesiones óseas esclerosas compatibles con metástasis”*.

En definitiva, la reclamante reprocha la falta de actuación, dado que, *“a las reiteradas recomendaciones de estudios complementarios que se han reseñado anteriormente, se le agrega el hecho de que la neumonía organizada criptogenética que se le diagnosticó a la paciente persistió a lo largo de casi dos años siendo prácticamente refractaria al tratamiento, lo que hacía aconsejable haber completado el estudio diagnóstico de la paciente que corroborase la veracidad del mismo o la concurrencia de otras patologías concomitantes”*, máxime cuando se constató un progresivo incremento en los marcadores tumorales de la paciente.

Todo ello, según la reclamación, ha provocado el desarrollo de la patología oncológica padecida por la reclamante durante casi veinte meses, hasta el diagnóstico definitivo de un adenocarcinoma en octubre de 2022, agravando el pronóstico de la paciente.

La reclamante solicita, con carácter meramente orientativo, una indemnización por importe de 300.000 euros y con la reclamación se adjunta un poder en favor del abogado firmante del escrito, así como una copia de la Resolución del INSS de 2 de marzo de 2023 por la que reconoce a la interesada la situación de

incapacidad permanente (folios 1 a 27 del expediente administrativo).

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

Se trata de una paciente, de 63 años de edad en el momento de los hechos, a la que, con fecha 12 de diciembre de 2020, se le realiza PCR para SARS-CoV-2, con resultado positivo, quedando en aislamiento domiciliario y seguimiento por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, hasta que el 28 del mismo mes se le comunica el resultado negativo de una nueva PCR.

El 12 de enero de 2021, acude al Servicio del Hospital, por dolores en la fosa ilíaca izquierda. Se realiza una ecografía, que objetiva una diverticulitis aguda sigmoidea leve no complicada, pautándose tratamiento con analgésicos y antibiótico.

Con fecha 15 de enero de 2021, la paciente acude a Urgencias del Hospital, por persistencia de dolor en la fosa ilíaca izquierda, que le recuerda a un episodio de diverticulitis previo. Tras la valoración por el médico de Urgencias y solicitud de las pruebas complementarias iniciales (hemograma, bioquímica, coagulación), se solicita valoración por el Servicio de Cirugía General, indicando la realización de una TC abdominal, en la que se descarta diverticulitis aguda, aunque se objetivan *“consolidaciones en bases pulmonares junto con opacidades parcheadas periféricas, que, en el contexto epidemiológico actual, son compatibles con infección por Covid-19”*.

El 21 de enero de 2021, acude de nuevo a Urgencias, por persistencia de fiebre, sin dolor abdominal. Tras la valoración, solicitud de pruebas complementarias (hemograma, bioquímica, coagulación, radiografía de tórax y hemocultivos) y observación, queda ingresada a cargo del Servicio de Medicina Interna.

Se realiza radiografía postero anterior y lateral. Se compara con estudio de 15 de enero de 2021. Tórax con menores volúmenes pulmonares y ligero aumento de la trama broncovascular respecto a previo. Persiste opacidad retro crural izquierda de bordes imprecisos, sin grandes cambios. Estos hallazgos, en el contexto clínico adecuado, podrían estar en relación con infección por SARS-CoV-2.

Se realiza angioTAC, que descarta la existencia de signos radiológicos de tromboembolismo pulmonar. Consolidaciones pulmonares bibasales, más extensas y con mayor afectación del lóbulo inferior izquierdo, así como focos consolidativos parcheados bilaterales y periféricos, de morfología pseudonodular. Adenopatías mediastínicas e hiliares bilaterales, probablemente reactivas en el contexto de previo.

Marcadores tumorales elevados (CEA con 60.80 ng/ml, sobre 0.00-5.00, y del Ca 19.9 con 85.50, sobre 0.00-34.00).

Diagnóstico: *“neumonía organizada criptogenética (NOC)-post Covid?”*

Ante el hallazgo de las adenopatías mediastínicas e hiliares, se prescriben corticoides, con buena respuesta inicial, siendo dada de alta el 1 de febrero de 2021.

La paciente continúa con revisiones seriadas en Medicina Interna (semanales incluso, durante el mes de abril de 2021).

Con fecha 9 de abril de 2021, se realiza TAC: se compara con previa del día 1 de febrero de 2021. En mediastino, no se detectan crecimientos adenopáticos en rango patológico, ni otras alteraciones.

En parénquimas pulmonares, se aprecian varias zonas de consolidación de neumonía organizada, de distribución fundamentalmente periférica y peribroncovascular, con cierto predominio en lóbulos superiores que respecto al estudio previo de febrero muestran una evolución paradójica, con empeoramiento de la afectación de campos superiores y clara mejoría de la de campos inferiores. En el lóbulo superior derecho hay un infiltrado apical y otro subpleural basal posterior adyacente a la cisura mayor. En el lóbulo medio, hay infiltrados anteriores leves. En el lóbulo inferior derecho, se detecta una consolidación en el segmento basal medio, subdiafragmática. Ese lóbulo ha mejorado muy significativamente la consolidación basal posterior en un área en donde también se aprecian bronquiectasias.

En el hemitórax izquierdo, se observa un infiltrado subpleural en lingula de nueva aparición. En el lóbulo inferior izquierdo, persisten infiltrados periféricos laterales con discreta pérdida de volumen y una afectación basal que, respecto al estudio previo, muestra clara mejoría. No se detecta derrame pleural ni pericárdico.

En el abdomen superior visualizado, no hay hallazgos de significación patológica. En esqueleto visible, hay cambios degenerativos, sin otras alteraciones.

Conclusión: estudio de control de neumonía organizada post Covid, donde se aprecia evolución paradójica, con mejoría significativa de la afectación de lóbulos inferiores y aparición de nuevas lesiones en lóbulos superiores. Existen datos de reaparición de los infiltrados en el lóbulo superior derecho, con clara mejoría en los campos inferiores, aunque refiriendo algo más de disnea para esfuerzos moderados sin intensificación de la tos. Se plantea:

- Considerar otras terapias (ciclofosfamida/ciclosporina/rituximab).

- Azatioprina como ahorrador de corticoides, con incremento inicial de la dosis.
- Claritromicina 250 mg/día (-3 meses).

Globalmente considerado, hay mejoría en ese momento, pero con datos de recaída leves, que precisa de vigilancia estrecha y solicitud de PFRC difusión + profilaxis con sulfamidas.

En la radiografía de tórax realizada el 27 de abril de 2021, se confirma imagen de consolidación basal derecha, no presente en controles previos. Síntomas similares: sensación disneica con la deambulación rápida (ejercicio moderado).

Con fecha 8 de octubre de 2021, en una radiografía de tórax se constata *“aparición de una opacidad de bordes imprecisos en segmento posterior del lóbulo superior derecho, no visible en previos, compatible con neumonía de nueva aparición a poner en el contexto”*.

El 11 de octubre de 2021, se realiza una fibrobroncoscopia a instancia de Medicina Interna, en la que no aparecen datos sospechosos de malignidad, y el resultado es compatible con el diagnóstico de NOC (estudio citológico y microbiológico negativo, y en biopsia no se detectan cambios citopáticos sugestivos de virus ni otros microorganismos, ni datos histológicos de neoplasia), por lo que se continúa en el tratamiento corticoideo, así como con tratamiento inmunosupresor con azatioprina.

En consulta efectuada el 27 de octubre de 2021 con el especialista en Medicina Interna, se valora evolución como lesión fibrótica derivada de la NOC, y se acuerda un nuevo ingreso para incrementar la dosificación del tratamiento corticoideo pautado, y

agregar nuevo tratamiento inmunosupresor, produciéndose el alta hospitalaria el 5 de noviembre de 2021.

En nueva TAC de tórax con contraste, solicitada por el médico internista el día 13 de enero de 2022, se vuelve a confirmar la existencia de *“lesión parenquimatosa inespecífica (aprox. 2 cm) en segmento posterior del lóbulo superior derecho, sin cambios significativos con respecto al estudio anterior”*.

El 9 de mayo de 2022, se realiza una nueva placa de tórax que, valorada por un radiólogo, se informa de la posibilidad de cambios con respecto a las anteriores, por lo que el día 19 de mayo se realiza TAC torácico:

“Áreas de consolidación y aumento densidad en “vidrio deslustrado” de nueva aparición en lóbulo superior derecho y en menor medida en el lóbulo inferior derecho, sugestivas de corresponder a neumonía organizada. Persistencia sin cambios de la opacidad pseudonodular de 22 mm en lóbulo superior derecho adyacente a la cisura”.

Se solicita control analítico y radiografía de tórax en 2 semanas. Parte de la clínica/sintomatología podría ser debida a bronquitis asmática-asma crónica persistente. Reducir corticoides a 20 mg en 1 semana. Se inicia tratamiento con LABA+LABA.

El 15 de octubre de 2022, la paciente acude a Urgencias del Hospital con infiltrados pulmonares difusos, en un contexto de inmunosupresión. Es ingresada en Medicina Interna y trasladada al Servicio de Medicina Intensiva el 16 de octubre por insuficiencia respiratoria debida a una neumonía por *Pneumocystis jirovecii*. Tratada con ventilación mecánica invasiva, además del tratamiento específico de dicha neumonía que incluye corticoides, la evolución es buena.

El 24 de octubre de 2022, es trasladada al Servicio de Neumología para continuación de cuidados. Durante su estancia en Neumología, el día 28 de octubre de 2022 se realiza TC torácico.

Se compara con TC previo del 19 de mayo de 2022. Lesión en segmento posterior del lóbulo superior derecho de 21x12 mm y aspecto espiculado adyacente a la cisura, sin grandes cambios en cuanto tamaño, pero con más espiculación. Aparición de engrosamiento intersticial de los septos interlobulillares y del intersticio peribroncovascular en el lóbulo superior derecho y en menor medida en el lóbulo medio, a valorar causa inflamatoria/infecciosa (P. Jirovecii, virus, mycoplasma, bacterias), causa tumoral, edema... Dado el conjunto de hallazgos, podría corresponder con linfangitis carcinomatosa como primera posibilidad.

Pequeñas adenomegalias paratraqueales y subcarinales inespecíficas de hasta 1 cm de eje corto. Desaparición de las áreas de consolidación y vidrio deslustrado en el lóbulo superior derecho y en el lóbulo inferior derecho, que eran sugestivas de NO. Banda pleuroparenquimatososa posterobasal izquierda sin cambios. Lesiones esclerosas sospechosas de metástasis: de 0,8 cm en cuerpo T1, de 2 cm en hemivértebra y pedículo izquierdos de T8, de 1,4 cm en hemivértebra y pedículos izquierdos de T11, de 4 cm en cuerpo vertebral y pedículo izquierdo de T12, de 2 cm en cuerpo de L2, varias lesiones puntiformes en vértebras torácicas, de 1,3 cm en cabeza humeral izquierda, de 1 cm en manubrio esternal izquierdo, de 1 cm en vertiente derecha del cuerpo esternal, y de pequeño tamaño en costillas bilaterales sin fractura ni masa de partes blandas asociada. Colelitiasis milimétricas. Divertículos colónicos.

Conclusión: lesión espiculada en el lóbulo superior derecho, sin crecimiento significativo, pero mayor espiculación, sospechosa

de neoplasia pulmonar. Afectación septal y peribronquial en el lóbulo superior derecho y, en menor medida, en el lóbulo medio que, dado el contexto, podría tratarse de linfangitis carcinomatosa (ver diagnóstico diferencial aportado). Adenomegalias mediastínicas indeterminadas. Lesiones óseas esclerosas compatibles con metástasis.

Se realiza broncoscopia el 31 de octubre de 2022. Estenosis en el subsegmentario posterior del segmento posterior del lóbulo superior derecho, y se objetiva una imagen concéntrica en ecobroncoscopia radial sugestiva de lesión nodular. Se realizan biopsias transbronquiales guiadas por radioscoopia que se procesan para estudio anatomopatológico. El resto del árbol bronquial es normal. Se envía aspirado bronquial para estudio microbiológico. Finaliza el procedimiento sin incidencias. La paciente es dada de alta el 4 de noviembre de 2022.

El resultado anatomopatológico es de adenocarcinoma de origen pulmonar, según los marcadores inmunohistoquímicos.

En los días siguientes, se completa el estudio de extensión, con la realización de PET-TC, resonancia magnética cerebral y mamografía bilateral (para descartar un origen mamario) confirmándose un adenocarcinoma pulmonar con metástasis sistémicas. Estadio IVB. La paciente es remitida al Servicio de Oncología Médica para valoración y tratamiento.

En el Servicio de Oncología, el estudio molecular revela la presencia de una mutación en el exón 20 del gen HER2. Tras comentar con la paciente las posibilidades terapéuticas y pronóstico, se pauta tratamiento con quimioterapia de primera línea (arbo-platino y pemetrexed) con respuesta inicial y progresión posterior, y, finalmente, es incluida en un ensayo clínico con un

inhibidor específico de HER 2 (EC:BI 1479-0001), con buen resultado.

Se realiza PET-TAC el 9 de febrero de 2023: muy buena respuesta al tratamiento, con respuesta metabólica completa de un gran número de las metástasis observadas en estudio previo, y respuesta parcial de la neoplasia primaria pulmonar y de las metástasis observadas en: región linfática cervical VB derecha, mediastino, hilio pulmonar derecho, riñón izquierdo, cabeza pancreática, región retrocrural derecha y de las esqueléticas descritas. Aumento del derrame pleural derecho, aunque con respuesta metabólica parcial. Signos de patología inflamatoria articular en ambos hombros, de predominio izquierdo, que podría justificar en parte la clínica de la paciente.

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 (en adelante, LPAC).

Se incorporó al expediente la historia clínica y, en cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 79 y 81.1 de la LPAC, se aportó también el informe del Servicio de Medicina Interna del Hospital, de 18 de septiembre de 2023, el cual, tras relatar la asistencia sanitaria dispensada a la paciente por el referido servicio, señala, entre otras consideraciones, que “... *No podemos olvidar que nos encontrábamos con una paciente con una afectación pulmonar extensa en el contexto de una NOC con mala evolución, asociando episodios de broncoespasmo, en la que una complicación ocurrida durante la realización de la broncoscopia hubiera comprometido seriamente su situación clínica. Estas circunstancias nos hicieron decantarnos por una actitud expectante con vigilancia estrecha de la paciente, tal como se venía realizando hasta ese*

momento, hasta su ingreso en octubre de 2022 en el que se evidenciaron nuevos hallazgos en el TAC”.

De igual modo, ha emitido informe, con fecha 19 de agosto de 2023, el Servicio de Neumología del centro hospitalario, en el que, entre otras conclusiones, se indica que “*se han mantenido revisiones de la paciente en el Servicio de Neumología para el seguimiento de su neumonía organizada criptogenética. Se ha retirado de forma progresiva el tratamiento inmunosupresor pautado para este fin, ya bajo tratamiento oncológico, hasta su completa retirada, sin nuevas recurrencias hasta la actualidad”.*

También consta en el expediente el informe del Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital, de fecha 8 de agosto de 2023, que relata cronológicamente las pruebas realizadas a la paciente y expone que “*la decisión de solicitar o PET-TC y/o biopsia pertenece al médico responsable del paciente, que es quien lo valora de manera integral. Desde el servicio de radiodiagnóstico no podemos indicar ni realizar este tipo de pruebas al margen de la decisión del clínico responsable. En el caso que nos ocupa, no hubo peticiones de biopsia guiada por imagen a nuestro servicio. La solicitud de PET-TC, si la hubo, se debería haber dirigido al Servicio de Medicina Nuclear”.*

Asimismo, se incorporado al expediente el informe del jefe del Servicio de Oncología Médica del hospital, emitido el 17 de agosto de 2023, quien se limita a señalar que “*las actuaciones en nuestro servicio han sido de índole terapéutico, pues cuando fue vista por primera vez en nuestro servicio ya se había llegado al diagnóstico del caso (noviembre 2022)*”. En el mismo sentido, también ha emitido informe, el 21 de agosto de 2023, la coordinadora de Urgencias Generales, relatando cronológicamente la intervención del referido servicio en relación con la paciente y limitándose a afirmar la corrección de la referida práctica médica.

De igual modo, constan el informe del Servicio de Anatomía Patológica, emitido el 10 de septiembre de 2023, en el que el jefe del referido servicio concluye afirmando que *“la respuesta por parte del servicio de Anatomía Patológica en el diagnóstico fue muy rápida en un tiempo muy aceptable”*, así como los emitidos el 9 de agosto de 2023 por el Servicio de, donde la reclamante presta sus servicios, y el 4 de septiembre de 2023, por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, este último en relación con el aislamiento domiciliario de la paciente tras una PCR positiva.

Por último, y con fecha 28 de mayo de 2024, el jefe del Servicio de Medicina Interna emite un informe aclaratorio, refiriendo, por un lado, que *“el clínico que llevaba a la paciente, ante los hallazgos radiológicos y la evolución clínica, planteó al neumólogo encargado de la broncoscopia la posibilidad de realizar una biopsia pulmonar (transbronquial) a través de una broncoscopia para confirmar el diagnóstico. La zona donde realizarla fue consensuada por ambos a partir de los hallazgos radiológicos tanto de la placa de tórax como del TAC torácico. Cuando se toman biopsias transbronquiales, es decir, sin visión directa de las lesiones, las pinzas de biopsia se dirigen a la zona donde presenta la patología radiológica más importante, en base a las imágenes radiológicas disponibles y a las lesiones que se aprecian en la radioscopy en el mismo momento de hacer la técnica. Obviamente, a partir de esta conversación, es el broncoscopista el que finalmente, en función de lo anteriormente descrito y de las imágenes que va teniendo con la radioscopy en el mismo momento de hacer la técnica y las dificultades técnicas que se puedan plantear una vez se introduce el broncoscopio, selecciona el punto concreto de donde tomar la biopsia. Con esos condicionantes, la zona elegida fue el segmento posterior del lóbulo superior derecho”*.

Además, el facultativo indica que comenzó a atender a la paciente el 24 de octubre de 2022, “*una vez ingresada a cargo del Servicio de Neumología, procedente del Servicio de Medicina Intensiva, como consta en el informe emitido en su momento. El 28 de octubre se practica un nuevo TAC en el que persistía una lesión de 21x12 mm en segmento posterior de lóbulo superior derecho, además de otras lesiones óseas sugerentes de metástasis. Con estos datos indicó la fibrobroncoscopia para toma de biopsia, que se realizó el día 31 de octubre de 2022, obteniéndose muestras tras localizar la lesión con ecobroncoscopio radial y bajo control radiológico, y diagnosticándose en ese momento de adenocarcinoma de origen pulmonar*”.

Posteriormente, con fecha 7 de agosto de 2024, la Inspección Sanitaria remite su informe, en el que, tras examinar la historia clínica, los informes emitidos en el curso del procedimiento y efectuar las oportunas consideraciones médicas, concluye que “*reconociendo el error diagnóstico, consideramos que el esfuerzo asistencial de los facultativos de reconocido prestigio que la han tratado ha sido más que el exigible y su actuación ha sido conforme a la lex artis*”.

Concluida la instrucción del procedimiento, y por oficio de 20 de noviembre de 2024, se dio traslado del expediente para alegaciones a la reclamante, sin que conste en el expediente la presentación de escrito alguno por su parte.

Finalmente, con fecha 27 de marzo de 2025, la viceconsejera de Sanidad y directora general del Servicio Madrileño de Salud, formula una propuesta de resolución que desestima la reclamación al considerar que la asistencia sanitaria dispensada es conforme a la *lex artis* y el daño reclamado no resulta antijurídico.

CUARTO.- El 8 de abril de 2025 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid solicitud

de dictamen en relación con la presente reclamación de responsabilidad patrimonial.

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente al letrado vocal D. Francisco Javier Izquierdo Fabre, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 22 de mayo de 2025.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros, y a solicitud de la consejera de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial se regula en la LPAC, dado que este procedimiento se incoó a raíz de la reclamación formulada con posterioridad a la entrada en vigor de dicha norma.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del

artículo 4 de la LPAC en relación con el artículo 32.1 de la LRJSP, en cuanto recibió la asistencia sanitaria que es objeto de reproche. Actúa en el procedimiento por medio de su abogado, con poder conferido al efecto e incorporado al expediente administrativo.

En lo concerniente a la legitimación pasiva para soportar la reclamación, le corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que la asistencia sanitaria ha sido dispensada en el Hospital, perteneciente a la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid.

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 el caso presente, en el que se reprocha por la reclamante el diagnóstico erróneo de su patología, cabe entender que el cómputo del plazo comienza en la fecha en que tiene conocimiento de la verdadera entidad de su enfermedad, lo que tiene lugar tras la TAC realizada el 28 de octubre de 2022, de modo que la reclamación, presentada el 27 de julio de 2023, ha sido formulada dentro del plazo legal.

En cuanto al procedimiento, se ha recabado informe de los servicios de Medicina Interna, Neumología, Radiodiagnóstico, Oncología Médica, Urgencias y Anatomía Patológica del Hospital, implicados en el proceso asistencial de la reclamante. También ha emitido informe la Inspección Sanitaria, posteriormente se ha dado traslado del expediente a la reclamante para alegaciones, y se ha dictado la correspondiente propuesta de resolución. Por tanto, debe concluirse que la instrucción del procedimiento ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- Como es sabido, la responsabilidad patrimonial de la Administración se rige por el artículo 106.2 de la Constitución Española, a cuyo tenor: *“Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”*. El desarrollo legal de este precepto se encuentra contenido actualmente en los artículos 32 y siguientes de la LRJSP, completado con lo dispuesto en materia de procedimiento en la ya citada LPAC.

La Sentencia del Tribunal Supremo de 25 de mayo de 2016 (recurso 2396/2014) recoge lo siguiente a propósito de las características del sistema de responsabilidad patrimonial:

“(...) el art. 139 de la LRJAP y PAC, establece, en sintonía con el art. 106.2 de la CE , un sistema de responsabilidad patrimonial : 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”.

Según abundante y reiterada jurisprudencia, 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 18 de septiembre de 2017 (recurso 787/2015), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, “*en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria 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, que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, 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. Así pues, sólo en el caso de que se produzca una infracción de dicha lex artis respondería la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos por lo que deberían ser soportados por el perjudicado”.

CUARTA.- La reclamante reprocha en su escrito la falta de actuación de los facultativos del Hospital, dado que “... la neumonía organizada criptogenética que se le diagnosticó a la paciente persistió a lo largo de casi dos años siendo prácticamente refractaria al tratamiento, lo que hacía aconsejable haber completado el estudio diagnóstico de la paciente que corroborase la veracidad del mismo o la concurrencia de otras patologías concomitantes”, máxime cuando se constató un progresivo incremento en los marcadores tumorales de la paciente.

Por tanto, en este caso, la imputación del daño al servicio público se objetiva como omisión de medios y la determinación de si se adoptaron las medidas necesarias para llegar al diagnóstico de la enfermedad y si los facultativos implicados en el proceso asistencial del paciente actuaron conforme a la *lex artis* se convierte en la cuestión a examinar.

Para evaluar la corrección de una concreta práctica médica hay que estar a la situación y síntomas del momento en que se realiza esta. Ello se traduce en que se deben aplicar a los pacientes todos los medios disponibles para su diagnóstico y tratamiento. Esta obligación de medios debe entenderse ceñida al contexto del momento y las circunstancias en que se efectúa la asistencia, es decir, a los síntomas que presenta cada paciente y a las

probabilidades, en función de los mismos, de que padezca una determinada patología.

Al respecto, la Sentencia del Tribunal Supremo de 16 de marzo de 2016 (recurso de casación 2228/2014) destaca que “*la asistencia sanitaria es una obligación de medios y no de resultados, de modo que no puede apreciarse responsabilidad cuando se han empleado las técnicas y los instrumentos de que se dispone. Y es precisamente lo acaecido en este caso, en el que se han ido poniendo los medios adecuados, realizando pruebas diagnósticas, acordes con lo que sugerían, desde el punto de vista médico, las diferentes dolencias del recurrente*”.

Por su parte, el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en su sentencia de 9 de marzo de 2017 (núm. de recurso 203/2014), manifestó que “*en lo que específicamente se refiere al diagnóstico de las enfermedades que los pacientes padecen, la garantía de medios comporta que se utilicen los medios disponibles coherentemente con los síntomas y signos que presenten, y con la información relevante que faciliten*”.

Además, lo que procede es un empleo de medios ordinarios y diligencia para cerciorarse de los diagnósticos que se sospechen, sin que se exija la realización de todas las pruebas diagnósticas que pudieran llevarse a cabo, sino las adecuadas a los síntomas que presente el paciente, para su correcto tratamiento inmediato, derivación o seguimiento. En este punto cabe traer a colocación lo expresado en la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 28 de abril de 2017 (recurso 133/2014) cuando señala que “*los servicios médicos sanitarios públicos actúan y proponen medios diagnósticos a la vista de los síntomas que los pacientes refieren, pues no es admisible que quien entra en el Servicio de Urgencias o en otras dependencias agoten sin más indicios todas las*

múltiples pruebas diagnósticas y múltiples patologías sin que los síntomas que se tengan exijan su realización”.

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.

Es, por tanto, la reclamante quien ha de probar mediante medios idóneos que la asistencia prestada no fue conforme a la *lex artis*, entendiendo por medios probatorios idóneos según la Sentencia de 15 de noviembre de 2018 del Tribunal Superior de Madrid (recurso: 462/2017) “*los informes periciales e informes técnicos incorporados a los autos y al expediente administrativo, pues se está ante una cuestión eminentemente técnica y en los cuales necesariamente debe apoyarse el tribunal a la hora de resolver las cuestiones planteadas*”.

En este caso, la reclamante no ha aportado al procedimiento ninguna prueba que acredite que la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital no fuera conforme a la *lex artis*, sin que sirvan a tal efecto las afirmaciones contenidas en su escrito de reclamación. Por el contrario, los informes médicos que obran en el expediente, contrastados con la historia clínica examinada, descartan la mala praxis denunciada. En particular, la Inspección Sanitaria ha considerado que la actuación sanitaria reprochada fue acorde a la *lex artis ad hoc*.

En este punto, cabe recordar el especial valor que esta Comisión Jurídica Asesora atribuye a la opinión de la Inspección

Sanitaria, pues, tal y como recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, así su Sentencia de 24 de mayo de 2022 (recurso 786/2020), “*sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen también un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del Médico Inspector, y de la coherencia y motivación de su informe*”.

Es cierto que la Inspección Sanitaria, de manera contradictoria con la argumentación expuesta en su informe y con la información que se deriva del análisis de la historia clínica, y a pesar de considerar adecuada la atención sanitaria dispensada, alude a la existencia de un diagnóstico erróneo, pero cabe colegir que con ello pretende referirse a la divergencia entre el diagnóstico de la patología inicial de la paciente y el resultante, tiempo después, de la TAC realizada el 28 de octubre de 2022.

Al respecto, cabe recordar que, como destaca la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 26 de abril de 2018 (recurso 75/2017): “*La fase de diagnóstico es una de las más importantes y difíciles de la práctica médica a la que se llega después de un proceso de aproximaciones sucesivas que requiere del examen de la historia clínica, la exploración física y las pruebas complementarias pertinentes al caso y que se efectúan progresivamente para llegar al diagnóstico concreto. Se trata de un proceso complejo en el que intervienen muchos factores y en sus primeras fases resulta difícil poder hablar de un error, dado que determinadas sintomatologías pueden sugerir diversas patologías que deben ser, o no, descartadas. No obstante, lo anterior, respecto al error de diagnóstico es importante advertir que para que este sea*

generador de responsabilidad es necesario que atendidas las circunstancias del caso y en particular el estado de conocimiento de la ciencia en el momento de producirse el evento lesivo, pueda afirmarse que resultaba factible para el servicio sanitario realizar dicho diagnóstico y que el mismo, de haberse realizado, posibilitara alguna oportunidad de curación. En definitiva, es necesario que la falta de diagnóstico, o bien su error o su retraso sea imputable a la Administración y por ello sea determinante de la lesiona del derecho del paciente a un diagnóstico correcto en tiempo oportuno”.

Frente a lo argumentado en el escrito de reclamación, el Servicio de Medicina Interna explica en su informe que “*nuestra primera atención médica con la paciente ... tuvo lugar en su ingreso del 21 de enero de 2021, estableciéndose el diagnóstico al alta de "neumonía organizada criptogenética" (NOC), que se relacionó con la infección por SARS CoV2 ocurrida semanas antes (diciembre 2020). Los hallazgos descritos en el TAC eran muy sugerentes con el diagnóstico de sospecha, describiéndose adenopatías mediastínicas e biliares relacionadas con el proceso infeccioso-inflamatorio, se prescribió tratamiento glucorticoideo con una buena respuesta inicial.*

La presencia de elevación de marcadores tumorales (CEA, Ca 19-9), en ausencia de otros datos, se interpretaron como respuesta inflamatoria, estando ampliamente descrito que la hiperproliferación no maligna epitelial produce aumento del recambio celular en proceso agudos o crónicos y en otras patologías no malignas”.

En el mismo sentido, la Inspección Sanitaria señala que la mayoría de personas hospitalizadas por COVID-19 presentan lesiones en la imagen de la tomografía computarizada (TC) pulmonar, de modo que “*en el perímetro del parénquima pulmonar se observan opacidades en vidrio deslustrado y consolidaciones que, en función del periodo y el estadio de la enfermedad, pueden estar*

causadas en distintas proporciones por derrames, edemas, neumonía organizada, DAD o SDRA... ”.

Además, tales lesiones “*pueden persistir durante mucho tiempo, sobre todo si la enfermedad fue grave. En un ensayo, el 94 % de las 90 personas con COVID-19 presentaron lesiones en la TC en el momento del alta hospitalaria (mediana de tiempo desde la aparición de los síntomas hasta el día de la prueba: 24 días)*”.

En cuanto a la evolución clínica posterior de la paciente, si bien el Servicio de Medicina Interna reconoce que los informes radiológicos, especialmente una TAC pulmonar, advertían de la presencia de una imagen pseudonodular en el lóbulo superior derecho, también indica que “*no se produjeron modificaciones apreciables en los distintos controles durante más de 1 año*”, de modo que “*podían interpretarse perfectamente como lesiones activas o residuales asociadas a una NOC*”.

De igual manera, y con respecto a las adenopatías que también se describían en la TAC realizada en el primer ingreso de la paciente, se informa que tampoco se evidenció una progresión de las mismas, calificándose en controles posteriores como no significativas, a pesar de lo cual, y frente a la alegada omisión de pruebas diagnósticas, “*se decidió realizar un estudio histopatológico mediante fibrobroncoscopia el 11 de octubre de 2021, que fue solicitado para confirmación histopatológica, en el lóbulo superior derecho correspondiente a la lesión descrita como pseudonodular, con varias tomas de biopsias transbronquiales y de aspirado citológico que fue concluyente con el diagnóstico de NOC y sin datos sospechosos de malignidad*”.

La reclamante reprocha la ausencia de estudios posteriores, reproche ante el cual el Servicio de Medicina Interna y la Inspección Sanitaria coinciden en afirmar que la situación basal de la paciente

aconsejaba la adopción de una actitud expectante a la hora de abordar su manejo terapéutico. Así, el Servicio de Medicina Interna explica que *“la posibilidad de repetir una nueva biopsia transbronquial, en los meses posteriores a la realizada en octubre de 2021, fue valorada por nosotros. En esa valoración decidimos desestimar su realización, por una parte, por el riesgo de esta exploración (neumotórax, hemoptisis ...) en una paciente con las características de ..., y por otra parte por la estabilidad radiológica de una lesión nodular pseudonodular que, en la biopsia, además, había mostrado datos diagnósticos de NOC, sin encontrarse hallazgos sospechosos de malignidad. No podemos olvidar que nos encontrábamos con una paciente con una afectación pulmonar extensa en el contexto de una NOC con mala evolución, asociando episodios de broncoespasmo, en la que una complicación ocurrida durante la realización de la broncoscopia hubiera comprometido seriamente su situación clínica. Estas circunstancias nos hicieron decantarnos por una actitud expectante con vigilancia estrecha de la paciente, tal como se venía realizando hasta ese momento, hasta su ingreso en octubre de 2022, en el que se evidenciaron nuevos hallazgos en el TAC”.*

Por último, y en relación con la posibilidad de realizar a la paciente otro tipo de pruebas, el servicio afectado explica que *“con respecto a la sugerencia de la realización de un PET-TAC y sin existir datos en ese momento para sospechar un proceso neoplásico extrapulmonar, consideramos que un proceso inflamatorio extenso pulmonar correspondiente a una NOC podría dar información confusa por la muy probable captación positiva de la prueba en este tipo de lesiones inflamatorias”.*

En definitiva, cabe afirmar que la reclamación realiza una interpretación de los datos clínicos de la paciente a partir del

diagnóstico posterior. Con ello, incurre en la llamada prohibición de regreso, es decir, valorar la actuación médica a posteriori, en función del diagnóstico definitivo.

En este punto, procede tener presente que la asistencia médica ha de atender a las circunstancias y a los síntomas del enfermo, mediante un juicio *ex ante* y no *ex post*. Así lo ha manifestado reiteradamente este órgano consultivo (v.gr Dictamen 336/21, de 13 de julio) con base a las sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, entre otras, la de 4 de abril de 2017 (recurso 532/2015) según la cual: *«No es correcto realizar una interpretación de lo acaecido conociendo el resultado final. La calificación de una praxis asistencial como buena o mala no debe realizarse por un juicio “ex post”, sino por un juicio ex ante, es decir, si con los datos disponibles en el momento en que se adopta una decisión sobre la diagnosis o tratamiento puede considerarse que tal decisión es adecuada a la clínica que presenta el paciente».*

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación presentada, al no haberse acreditado la existencia de mala praxis en la atención dispensada a la paciente en el Hospital

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el

plazo de quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 22 de mayo de 2025

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 263/25

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid