

Dictamen n.º: **151/24**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **21.03.24**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 21 de marzo de 2024, 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 derivados de la deficiente asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla” y en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, al considerar que ha existido un retraso en el diagnóstico y tratamiento de un cáncer de ovario metastásico.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El expediente de responsabilidad patrimonial trae de causa del escrito formulado por la persona citada en el encabezamiento de este dictamen, presentado por su abogada el 10 de marzo de 2022 en el registro del Servicio Madrileño de Salud.

La reclamante relata que con fecha 23 de enero de 2020 acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”, pues presentaba mareo y fatiga y, además, había sido avisada por el Servicio de Endocrinología para que acudiese, ya que en la revisión

realizada presentaba hemoglobina de 6.7. Refiere que informó de una sensación de aturdimiento, disnea con moderados esfuerzos, anotándose en la exploración dolor generalizado a la palpación abdominal. Indica que fue transfundida y se le dio cita preferente con Medicina Interna para estudio de anemia.

El escrito recoge que el 20 de febrero de 2020 acudió nuevamente al Servicio de Urgencias, presentando astenia por menstruación muy abundante, sin que se le realizara examen ginecológico, sólo una analítica, siendo diagnosticada de síndrome anémico leve. Según la reclamante, es citada en consulta de Medicina Interna en fecha 9 de marzo de 2020, donde se hace constar "*anemia a estudio probablemente de origen ginecológico*", con interconsulta a Ginecología y cita el día 12 de marzo de 2020, que fue anulada por la pandemia COVID. Refiere que fue citada de nuevo para consulta el 7 de mayo de 2020, consulta que se realizó telefónicamente, y el 2 de junio de 2020, fecha en la que se le realiza una ecografía que objetiva un mioma en cara posterior IM-SM, de 50x50x32, con el juicio clínico de útero miomatoso anemizante, pautando control en 6 meses.

La reclamante continúa señalando que el 19 de junio de 2020 acudió nuevamente al Servicio de Urgencias del citado centro hospitalario, realizándose nueva transfusión de concentrado de hematíes, con consulta en Medicina Interna y diagnóstico de anemia por sangrado transvaginal, sin que fuera vista en dicha fecha por el Servicio de Ginecología y sin que se adoptara ninguna medida urgente para el diagnóstico.

El relato de la reclamante continúa refiriendo que el 1 de julio de 2020 acudió al Servicio de Urgencias, siendo atendida por Ginecología, pues su preocupación era cada vez mayor debido a los graves sangrados que presentaba, de modo que fue diagnosticada de

metrorragia anemizante en contexto de útero miomatoso, pautándose Amchafibrim y control ginecológico.

La reclamante afirma que acudió nuevamente a Urgencias el 20 de agosto de 2020, por hipermenorrea y metrorragias con mucho dolor abdominal, que el juicio clínico fue de sangrado menstrual abundante, útero polimiomatoso sintomático y anemia secundaria y que, en ese momento, se le indicó que sería citada en consulta de preoperatorio para valorar histerectomía.

El escrito recoge que, con fecha 31 de agosto de 2020, se produjo una nueva visita a Urgencias *“por el grave dolor que estaba sufriendo...no se hace nada, se me dice que tengo que esperar a que me llamen para el preoperatorio. Pese a que llevaba ya sangrando un mes no se adopta ninguna medida urgente”*.

La reclamante reprocha que, durante todo el año 2020, acudió al Servicio de Urgencias y al Servicio de Ginecología reclamando un diagnóstico y tratamiento para el sangrado y el dolor abdominal que estaba sufriendo, y lo único que consiguió fue que le dijeran que tenía que esperar, pese al gran dolor que sentía, solicitando analgesia que no le fue pautada.

La interesada afirma que cambió de centro de salud y de hospital de referencia, siendo el que le correspondía el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, a cuyo Servicio de Urgencias acudió el 14 de septiembre de 2020 informando del grave dolor abdominal que presentaba, de sus antecedentes y del sangrado que venía padeciendo. Señala que se le realizó una ecografía, que indicó la presencia de un mioma lateral derecho de 54 x 68, con zonas econegativas sugestivas de degeneración, siendo tan grande que no era visible el ovario derecho. Refiere que el juicio clínico fue de útero miomatoso, pautándose analgesia.

La reclamante relata nuevas y sucesivas visitas al Servicio de Urgencias por el dolor que presentaba, por el aumento del perímetro abdominal y los sangrados, y afirma que se le puso en lista de espera para intervención del mioma de gran tamaño que presentaba, hasta que en noviembre de 2020, después de casi un año reclamando asistencia sanitaria, obtuvo un diagnóstico de cáncer seroso de ovario alto grado estadio IV, con implantes intestinales y afectación peritoneal, siendo remitida a Oncología para iniciar tratamiento de quimioterapia. Indica que, con fecha 15 de febrero de 2021, se realizó PEC-TAC que objetivó la extensión del cáncer.

El escrito indica que la interesada fue intervenida en fecha 2 de marzo de 2021, permaneciendo ingresada hasta el 16 de marzo, realizándose una resección de útero, ovarios, íleon terminal y ciego, disección vesical, así como esplenectomía, teniendo que realizar una colostomía terminal, de modo que, a fecha de interposición de la reclamación, sigue en tratamiento médico con revisiones cada 3 meses.

En conclusión, la reclamante alega que se produjo un grave retraso en el diagnóstico de cáncer que padecía, agravándose el mismo con metástasis, consecuencia de una dejación en la asistencia sanitaria, sin un diagnóstico correcto de la patología que presentaba, e ignorando los signos y síntomas que presentaba desde enero de 2020.

Solicita una indemnización por importe de 113.590,28 euros, resultantes de aplicar a una indemnización total de 183.210,40 la minoración correspondiente al 62% de pérdida de oportunidad que afirma concurrir en el presente caso.

El escrito de reclamación se acompaña solamente de diversa documentación médica acreditativa de la atención sanitaria dispensada.

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

Se trata de una paciente, nacida en 1975, en seguimiento desde el 23 de noviembre de 2017 por el Servicio de Endocrinología del Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla” (derivada por su médico de familia por disminución de la TSH en analítica de control por su anemia). En esa primera consulta se diagnosticó un hipertiroidismo, a descartar autoinmunidad (enfermedad de Graves-Basedow) y se inició tratamiento con Tirodril. Hay constancia de consultas de seguimiento por el Servicio de Endocrinología los días 17 de enero, 19 de marzo y 7 de mayo de 2018, 7 de febrero, 21 de marzo y 23 de julio de 2019.

El diagnóstico de hipertiroidismo por enfermedad de Graves-Basedow se estableció el 17 de enero de 2018 y se pautó continuidad terapéutica con Tirodril.

Desde la consulta del 19 de marzo de 2018, el juicio clínico se mantuvo constante como hipertiroidismo por enfermedad de Graves-Basedow insuficientemente compensado, posiblemente relacionado con omisiones involuntarias y voluntarias del tratamiento, con reiteradas recomendaciones a la paciente de la importancia de la adherencia terapéutica. Desde la consulta de 21 de marzo de 2019 se añadió a su pauta Tardyferon, al objetivarse anemia ferropénica.

En analítica de control de 23 de enero de 2020 (solicitada por el Servicio de Endocrinología para consulta de seguimiento) se objetiva anemia importante, por lo que el Servicio de Análisis Clínicos comunica el hallazgo al servicio solicitante. El Servicio de Endocrinología contacta telefónicamente con la paciente para comunicarle el hallazgo y recomienda acudir el mismo día al Servicio de Urgencias, para valorar transfusión de sangre.

En la citada fecha, a las 18:40 horas, acude al Servicio de Urgencias del Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”, siguiendo la recomendación del Servicio de Endocrinología, donde se realiza anamnesis y exploración física completa (sin hallazgos). Se solicita hemograma, bioquímica y hemostasia, que confirma hemoglobina (Hb) de 6,9 (rango 12-16) y hematocrito (Hto) de 24,6 (rango 36-38). La paciente refiere que es una anemia de años de evolución, en tratamiento de forma intermitente, relacionada en este caso con una menstruación abundante previa. Se transfunden dos concentrados de hematíes y, durante su evolución en Urgencias, la paciente se mantiene estable, por lo que se decide el alta el 24 de enero de 2020, con el juicio clínico de anemia microcítica hipocrómica (a filiar), y con cita preferente en consultas externas del Servicio de Medicina Interna, para el estudio de anemia de larga evolución.

Con fecha 20 de febrero de 2020, la paciente acude al Servicio de Urgencias a las 21:31 horas, refiriendo sensación de mareo, una regla muy abundante y que posiblemente esté anémica (al requerir transfusión el mes previo). En Urgencias se realiza hemograma, bioquímica y hemostasia, objetivándose Hb 11,10 (rango 12-16) y Hto 35,3 (rango 36-38), por lo que se decide el alta el 21 de febrero de 2020, con el juicio clínico de síndrome anémico leve, aconsejando valoración por el Servicio de Ginecología.

El 9 de marzo de 2020, acude a consultas externas de Medicina Interna para el estudio de anemia de larga evolución. Con la anamnesis y exploración de la paciente (sin hallazgos), se establece el juicio clínico de anemia a estudio de probable origen ginecológico. Se solicita analítica completa con serología, placa de abdomen, ecografía abdominal e interconsulta con el Servicio de Ginecología.

El 12 de marzo de 2020 consta cita en consultas externas de Ginecología del Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”, anulada

por la pandemia Covid-19. Se realiza consulta telefónica con el consentimiento informado de la paciente para la atención telemática. Se realiza anamnesis telefónica, con los datos disponibles hasta esa fecha: Hb 6,9 (enero 2020), Hb 11 (febrero 2020). Reglas abundantes e irregulares desde hace años. Tratamiento con Tardyferon en ese momento.

Con fecha 2 de junio de 2020 acude a consultas externas de Ginecología. En la exploración ginecológica, los genitales externos y vagina son normales y el cérvix está bien epitelizado; en la exploración transvaginal no se objetivan hallazgos (cérvix posterior cerrado sin dolor a la movilización; útero regular, móvil; no se palpan masaspélicas) y la ecografía transvaginal objetiva útero en anteversoflexión, con línea media endometrial homogénea, mioma en cara posterior, ovarios normales y no líquido libre. El juicio clínico es de útero miomatoso anemizante y se pauta mantener Tardyferon, iniciar Cerazet y control en 6 meses con analítica.

El 18 de junio de 2020 se realizan las pruebas diagnósticas solicitadas por el Servicio de Medicina Interna el 9 de marzo de 2020. Ecografía abdominal: hígado de morfología normal, con aumento difuso de su ecogenicidad en relación con esteatosis leve; no se identifican lesiones focales; útero miomatoso (la paciente refiere que ya está en seguimiento por el Servicio de Ginecología).

Analítica completa: en el hemograma se objetiva Hb 6,9 (rango 12-18) y Hto 24,8 (rango 38-54), por lo que se contacta telefónicamente con la paciente para acudir al Servicio de Urgencias y valorar transfusión sanguínea.

En la misma fecha, y siguiendo la recomendación, la paciente acude al Servicio de Urgencias del Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla” a las 21:30 horas. Se confirma anemia importante en el

hemograma (Hb 6,6 y Hto 24), se realizan pruebas cruzadas y se transfunde un concentrado de hematíes. Con hemograma postrasfusional de Hb 7,7 y Hto 26, el evolutivo favorable en el Servicio de Urgencias y el juicio clínico de anemia ferropénica debido a miomas uterinos, la paciente es dada de alta el 19 de junio de 2020.

Este último día, acude a consultas externas de Medicina Interna, donde se confirma el juicio clínico de anemia por sangrado transvaginal, sin otras alteraciones significativas en las pruebas solicitadas el 9 de marzo de 2020. Seguimiento por el Servicio de Ginecología. Revisión en julio de 2020, con el resto del estudio pendiente.

El 1 de julio de 2020, la paciente acude al Servicio de Urgencias por sangrado vaginal de cantidad mayor a la regla. Es valorada por Urgencias-Ginecología: exploración física (sin hallazgos), exploración ginecológica (útero aumentado de tamaño, irregular), hemograma (Hb 8,2 y Hto 28,2) y ecografía transvaginal (mioma intramural submucoso similar al descrito en ecografías previas; anejos de características normales; sin líquido libre en Douglas). Se añade Amchafibrín a la pauta terapéutica y la paciente es dada de alta con el juicio clínico de metrorragia anemizante en contexto de útero miomatoso, con control en consultas externas de Ginecología.

Con fecha 6 de julio de 2020, consta consulta telefónica por la situación epidemiológica con Medicina Interna: no se puede localizar a la paciente (no coge el teléfono). Se deja mensaje en su contestador, indicando que contacte con Medicina Interna para programar hierro intravenoso en el hospital de día.

Desde el 6 de julio de 2020, no hay constancia de más consultas de seguimiento por el Servicio de Medicina Interna del Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”.

El 20 de agosto de 2020, la paciente acude al Servicio de Urgencias del Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla” por presentar hipermenorrea y metrorragia, con dolor abdominal hipogástrico. Es valorada por Urgencias-Ginecología: exploración física (abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación profunda, sin signos de peritonismo ni defensa abdominal). Exploración ginecológica (útero aumentado de tamaño, sin dolor a la lateralización), hemograma (Hb 9,7 y Hto 32) y ecografía transvaginal (mioma intramural submucoso; línea media endometrial desplazada por el mioma; ovario izquierdo de 43 mm; líquido libre en Douglas con columna máxima de 20 mm). Es dada de alta, con juicio clínico de sangrado menstrual abundante, útero poliomatoso sintomático y anemia secundaria. Se cita a la paciente en consulta de preoperatorio para valorar el tratamiento quirúrgico, en un proceso anemizante refractario a tratamiento médico.

Con fecha 31 de agosto de 2020, en consultas externas de Ginecología, indicación de histerectomía total. Se tramita preoperatorio y se incluye a la paciente en lista de espera quirúrgica.

Ese mismo día, acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal y persistencia del sangrado vaginal, a pesar del tratamiento con Amchafibrín (mal cumplimiento). En el informe del Servicio de Urgencias se hace constar que la paciente había acudido esa mañana a consulta de preoperatorio y estaba incluida en lista de espera quirúrgica para histerectomía total.

Se realiza anamnesis, exploración física, exploración ginecológica, hemograma (Hb 10,6, Hto 35,40) y ecografía transvaginal, sin hallazgos nuevos respecto a la realizada el 20 de agosto de 2020.

Desde el 31 de agosto de 2020, no hay constancia de más consultas de seguimiento por el Servicio de Ginecología del Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”.

El 14 de septiembre de 2020, la paciente acude al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz por dolor abdominal tipo dismenorrea de 8 días de evolución. Es valorada por Urgencias-Ginecología (con el antecedente de mioma uterino en seguimiento por el Servicio de Ginecología del Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla). Anamnesis y exploración sin hallazgos. La ecografía transvaginal objetiva útero en antroversoflexión, con patrón heterogéneo por mioma transmural. El anejo derecho no se visualiza por el mioma y el ovario izquierdo es normal. Escasa cantidad de líquido libre en Douglas. Con el juicio clínico de útero miomatoso y conducta expectante, se da el alta a la paciente con tratamiento y control en su centro de referencia.

Con fecha 6 de octubre de 2020, acude de nuevo al citado Servicio de Urgencias por empeoramiento del dolor pélvico; el día anterior tomó buscapina, con mejoría parcial de los síntomas. Es valorada por Ginecología, con hallazgos similares a la valoración del 14 de septiembre de 2020 en la anamnesis y en la exploración. En la ecografía transvaginal no se observan masas anexiales patológicas ni líquido libre. Se pauta tratamiento intravenoso, que resolvió la sintomatología. Con el juicio clínico de útero miomatoso, se da el alta a la paciente, con recomendación de control por centro de referencia. Se le indica que solicite la libre elección si desea seguimiento por el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

Con fecha 8 de octubre de 2020, consta documento con registro de entrada en el Servicio de Atención al Paciente del Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”, en el que la paciente solicita copia de su historia clínica por cambio de hospital.

El 15 de octubre de 2020, acude a consultas externas de Ginecología del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Tras la anamnesis, exploración física y ecografía, se reconfirma el diagnóstico de mioma uterino, con indicación quirúrgica y se solicita ecografía doppler, previa a la cirugía programada.

Con fecha 26 de octubre de 2020, acude al Servicio de Urgencias del mismo centro hospitalario por dorsalgia de dos semanas de evolución (sin traumatismo previo y atribuible a su actividad laboral) y aumento del perímetro abdominal, a la espera de intervención quirúrgica por mioma de gran tamaño. Tras la valoración y exploración, se da el alta a la paciente con el juicio clínico de dorsalgia mecánica y pauta terapéutica.

El 29 de octubre de 2020, acude de nuevo a Urgencias por dolor abdominal que no cede con el tratamiento y sensación de distensión abdominal de dos semanas de evolución. Es valorada por Ginecología, con hallazgos similares a los previos en la anamnesis y exploración física. La ecografía transvaginal objetiva un mioma uterino que ocupa toda la cavidad y adherida a él, imagen ecomixta que incluye anejo derecho; se objetiva abundante líquido libre en Douglas, pelvis y abdomen. Se solicita TC de pelvis y abdomen, que objetiva neoplasia de probable origen ginecológico, con afectación anexial bilateral y uterina; carcinomatosis peritoneal, implantes pleurales infra y supradiafragmáticos, así como ascitis multicompartimental. Se explica a la paciente la sospecha diagnóstica y se decide el ingreso hospitalario en el Servicio de Ginecología para el control de síntomas.

La paciente ingresa a las 18:54 horas para estudio, evolución y realizar procedimientos no quirúrgicos: punción percutánea, drenaje del líquido ascítico y estudio citológico y bioquímico del mismo. Con buena evolución tras la paracentesis evacuadora, la paciente es dada de alta el 1 de noviembre de 2020, con el diagnóstico de carcinomatosis

peritoneal con ascitis, con cita en consultas externas de Ginecología Oncológica para seguimiento y valoración de resultados.

La paciente acude a dicha cita el 4 de noviembre de 2020. Se confirma el diagnóstico de carcinomatosis peritoneal de origen ovárico, con indicación de cirugía programada con anestesia general. Ese mismo día, el Servicio de Anestesia realiza el estudio preoperatorio de la paciente, que es valorada apta para la anestesia general, con firma del documento de consentimiento informado.

Con fecha 6 de noviembre de 2020, se produce el ingreso hospitalario para cirugía programada ambulatoria. Se realiza laparoscopia bajo anestesia general, sin incidencias y con un postoperatorio favorable. Se solicita tomografía por emisión de positrones (PET-TC) para valoración de posible cirugía torácica. La paciente es dada de alta con buen estado general y cita en consultas externas de Ginecología para seguimiento postquirúrgico, cita que tiene lugar el 10 de noviembre de 2020.

El 16 de noviembre de 2020, acude a Urgencias del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz por ascitis. Se realiza paracentesis evacuadora, con alta y cita para seguimiento en consultas externas del Servicio de Ginecología el 18 de noviembre de 2020.

Con fecha 25 de noviembre de 2020, en consultas externas de Ginecología, se deriva a la paciente al Servicio de Oncología para iniciar quimioterapia. Ese mismo día, se realiza nueva paracentesis evacuadora en el Servicio de Urgencias. El Servicio de Oncología pauta 3 ciclos de quimioterapia, con el consentimiento informado de la paciente. Los ciclos son suministrados en el hospital de día oncológico, con seguimiento en consultas externas de Oncología los días 7 y 29 de enero de 2021.

El 18 de febrero de 2021, en consultas externas de Ginecología, tras los 3 ciclos de quimioterapia y los resultados del PET-TC corporal, se confirma la excelente respuesta clínica y la buena respuesta analítica y radiológica. El Servicio de Ginecología programa cirugía citorreductora, con el consentimiento informado de la paciente, que es advertida de la posibilidad de resección intestinal y ostmía.

Al día siguiente, acude a consultas externas de-Oncología Médica. Seguimiento tras los 3 ciclos de quimioterapia. Ese mismo día, la paciente realiza el preoperatorio con el Servicio de Anestesia (valorada apta con su consentimiento informado) y con el Servicio de Hematología.

De 2 a 16 de marzo de 2021, ingreso hospitalario para cirugía programada. Cirugía citorreductora y evolución postoperatoria. La intervención cursa sin incidencias y se logra citorreducción completa, con resección intestinal y esplenectomía. La paciente queda portadora de ostmía. Durante el ingreso, el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación realiza 6 sesiones terapéuticas. El postoperatorio es favorable y la paciente es dada de alta el 16 de marzo de 2021, con buen estado general. Desde esa fecha, la paciente es seguida en consultas externas del Servicio de Cirugía General para evolución de la cura postquirúrgica y ostmía, los días 18 y 26 de marzo, 8 y 26 de abril, 30 de junio y 16 de diciembre de 2021.

Con fecha 8 de abril de 2021, acude a consultas externas de Oncología Médica. Valoración de las pruebas e indicación de 3 nuevos ciclos de quimioterapia tras la cirugía reductora, con el consentimiento informado de la paciente. Los ciclos son administrados en el hospital de día oncológico.

El 27 de mayo de 2021, en consultas externas de Oncología Médica, se detecta posible reacción alérgica a carboplatino. Se solicita

valoración al Servicio de Alergología y se deriva a la paciente al Servicio de Urgencias, para permanecer 6 horas en observación. En consultas externas de Alergología, el 9 de junio de 2021 se confirma que la paciente era alérgica a carboplatino.

Con fecha 11 de junio de 2021, la paciente acude de nuevo a consultas externas de Oncología Médica. Valoración de pruebas, ajuste de tratamiento y derivación al Servicio de Hematología, por sospecha de fenómenos tromboembólicos en región de vena porta y venas mesentéricas. En consultas externas de Hematología el 14 de junio de 2021, se confirma la enfermedad tromboembólica y se instaura tratamiento anticoagulante. Desde ese momento, la paciente es seguida por el Servicio de Hematología, existiendo constancia de 3 consultas posteriores los días 29 de septiembre y 28 de diciembre de 2021 (se suspendió el tratamiento anticoagulante), y 23 de febrero de 2022 (recanalización venosa completa).

La paciente ha continuado sus revisiones periódicas en las consultas externas del Servicio de Ginecología, existiendo constancia los días 24 de junio y 21 de octubre de 2021, sin datos significativos de alarma en su seguimiento, y en las consultas externas del Servicio de Oncología Médica, los días 16 de junio, 7 de septiembre (sin recidivas tras los ciclos de quimioterapia) y 28 de diciembre de 2021 (sin datos de recidivas; se derivó a la paciente a los Servicios de Digestivo y Urología, por diarrea crónica y dolor urológico).

La paciente fue seguida en consultas externas del Servicio de Digestivo por diarrea crónica los días 29 de diciembre de 2021, 13 de enero y 21 de febrero de 2022, y en consultas externas del Servicio de Urología, por dolor urológico, los días 29 de diciembre de 2021 y 31 de enero de 2022.

Con fecha 3 de febrero de 2022, la paciente inicia terapia rehabilitadora de suelo pélvico en el Servicio de Medicina Física y

Rehabilitación, y el 9 de marzo de 2022 es atendida en consultas externas del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología por dolor dorsal (se solicitaron pruebas complementarias para el estudio de su patología).

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, consta en el expediente el informe emitido el 21 de marzo de 2022 por el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”, que relata la asistencia sanitaria dispensada a la reclamante y refiere que *“el 31 de agosto de 2020 se incluye en lista de espera quirúrgica con prioridad normal al no existir sospecha clínica de malignidad, para realizar histerectomía total y doble salpinguectomía. Es citada en diciembre para el estudio preoperatorio, al cual no acude por haberse trasladado a otro centro según me informa la misma paciente al contactar con ella”*.

Se aportó también el informe del Servicio de Urgencias del citado centro hospitalario de 29 de marzo de 2022, que se limita a relatar la asistencia prestada a la paciente en sus sucesivas visitas al referido servicio y concluye que *“aunque nuestro deseo es siempre mejorar en la atención de los pacientes, consideramos que la asistencia prestada por nuestros profesionales en el Servicio de Urgencias Generales fue la correcta”*.

De igual modo, consta en el expediente el informe emitido, sin fecha ni firma, por el Servicio de Medicina Interna del Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”, que relata la asistencia sanitaria

dispensada a la reclamante y refiere que *“según todo el relato de la asistencia por nuestra parte, las acciones llevadas a cabo fueron las contempladas en las guías para diagnóstico de una anemia hasta que se llegó a un diagnóstico y se dejó a la paciente en manos del especialista en esa materia”*.

Por otro lado, ha emitido también informe el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, de fecha 22 de marzo de 2022, señalando que *“... entre la fecha de primera consulta (15 de octubre de 2020) y la fecha de diagnóstico (29 de octubre de 2020) transcurren 14 días...Podemos concluir que el breve tiempo para el diagnóstico en la Fundación Jiménez Díaz de la patología que presentaba Doña ... no supuso para ella pérdida de oportunidad alguna”*.

Se ha incorporado también al expediente el informe del Servicio de Urgencias del citado centro hospitalario, de 12 de abril de 2022, que se limita a relatar la asistencia prestada a la reclamante el 26 de octubre de 2021.

Posteriormente, con fecha 12 de junio de 2023, se emite informe por parte de la Inspección Sanitaria que, tras examinar la historia clínica, los informes emitidos en el curso del procedimiento y efectuar las oportunas consideraciones médicas, considera ajustada a la *lex artis* la atención sanitaria dispensada a la paciente tanto en el Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla” como en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

Concluida la instrucción del procedimiento, y por oficio de 2 de agosto de 2023, se dio traslado del expediente para alegaciones tanto a la reclamante como a ambos centros hospitalarios.

Con fecha 17 de agosto de 2023, el gerente del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz remite escrito de alegaciones

señalando que, tal y como se desprende de los informes emitidos por los diferentes servicios del citado centro hospitalario, *“la asistencia prestada en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz a la paciente ha sido en todo momento, la adecuada y prestada por especialistas de gran cualificación y experiencia de acuerdo con el actual estado de la ciencia y tecnología y con los protocolos y método establecidos”*.

El 23 de agosto de 2023, el Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla” remite un informe de 10 de agosto de 2023 del jefe accidental del Servicio de Obstetricia y Ginecología del hospital, en el que se limita a relatar cronológicamente la asistencia sanitaria dispensada, así como también un informe del Servicio de Medicina Interna de 9 de agosto de 2023, en el que se concluye que desde el referido servicio se usaron los medios recomendados por los protocolos y que, debido a la situación de pandemia, el retraso en las pruebas solicitadas por parte de Medicina Interna fue inevitable.

Con fecha 15 de septiembre de 2023, la reclamante presenta escrito de alegaciones en el que, en síntesis, reprocha la incorrecta presentación del expediente administrativo, reitera el contenido de su escrito inicial y, en cuanto al informe de la Inspección Sanitaria, señala que no logra entender cómo en 10 meses de asistencia sanitaria en el Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla” nadie fue capaz de darle un diagnóstico que el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz le proporcionó en 14 días.

Como consecuencia de los nuevos informes emitidos por el Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”, y mediante oficio de 26 de septiembre de 2023, se confirió a la reclamante un nuevo trámite de audiencia, sin que conste la presentación de alegaciones.

Finalmente, con fecha 7 de febrero de 2024, la viceconsejera de Sanidad y directora general del Servicio Madrileño de Salud formuló 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 29 de febrero de 2024 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid nueva solicitud de dictamen en relación con la 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 21 de marzo de 2024.

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, 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 amparo del artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), en cuanto es la persona que recibió la asistencia sanitaria reprochada.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, ya que la atención médica se prestó por el Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla” en virtud del convenio suscrito entre el Ministerio de Defensa y la Comunidad de Madrid.

Como hemos señalado reiteradamente, es imputable a la Administración sanitaria la responsabilidad por el funcionamiento de los servicios públicos en el seno de las prestaciones propias del Sistema Nacional de Salud, sea cual fuere la relación jurídica que la une al personal o establecimientos que directamente prestan esos servicios, sin perjuicio de la facultad de repetición que pudiera corresponder. En este sentido se manifestó el Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid (valgan por todos los dictámenes 211/12, de 11 de abril y el 13/15, de 21 de enero) y ha sido reiterado por esta Comisión Jurídica Asesora (dictámenes 112/16, de 20 de mayo; 203/17, de 18 de mayo y 107/18, de 8 de marzo) asumiendo la reiterada doctrina del Tribunal Superior de Justicia de Madrid expresada, entre otras, en las

sentencias de 30 de enero (recurso 1324/2004, Sala de lo contencioso-Administrativo, Sección 8ª) y de 6 de julio de 2010 (recurso 201/2006, Sala de lo Contencioso- Administrativo, Sección 9ª).

En el presente caso, además, cabe señalar que, si bien es cierto que la reclamante parece dirigir inicialmente sus reproches también contra la asistencia sanitaria dispensada por el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, lo que ha determinado el modo de proceder del órgano instructor en la tramitación del procedimiento, no lo es menos que en su escrito de alegaciones antes reseñado no vincula su tórpida evolución clínica a la actuación de los facultativos del citado centro hospitalario, alabando incluso su rapidez en la obtención de un diagnóstico certero.

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 presente caso, consta en la historia clínica anteriormente transcrita que la reclamante, tras recibir diversas sesiones de quimioterapia, ha continuado acudiendo a revisiones periódicas derivadas del seguimiento de su patología tumoral, y así consta que, con fecha 3 de febrero de 2022, la paciente inicia terapia rehabilitadora de suelo pélvico en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, En consecuencia, la reclamación, presentada el 10 de marzo de 2022, ha sido formulada en plazo.

En cuanto al procedimiento, se ha recabado informe de los centros implicados en el proceso asistencial de la reclamante y contra quienes dirigen sus reproches y, en tal sentido, constan en el expediente los informes de los servicios de Ginecología y Obstetricia, Urgencias y Medicina Interna del Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”, habiéndose incorporado asimismo los emitidos por los servicios de

Ginecología y Obstetricia y Urgencias del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. También ha emitido informe la Inspección Sanitaria, posteriormente se ha dado traslado del expediente a la reclamante y los centros concertados para alegaciones y se ha dictado la correspondiente propuesta de resolución.

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.- 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 a la sanidad pública el retraso en el diagnóstico de un cáncer de ovario metastásico por parte de los facultativos del Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”, en concreto de los servicios de Urgencias y de Ginecología, a pesar de que la paciente acudió en diversas ocasiones al citado hospital con sangrado y dolor abdominal.

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 han 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*”.

Pues bien, en este caso la reclamante no ha incorporado al procedimiento ningún tipo de acreditación de que la atención que le fue dispensada fuera incorrecta o inadecuada, sin que sirvan a este propósito las afirmaciones contenidas en el escrito de reclamación sin sustento probatorio alguno. Ante esta falta de esfuerzo probatorio, los informes de los servicios que intervinieron en la asistencia sanitaria prestada a la paciente y, especialmente, el informe de la Inspección Sanitaria, sostienen que la atención dispensada fue conforme a la *lex artis*.

En este sentido, la Inspección Sanitaria, a la hora de abordar el presente caso, toma en consideración, como elemento determinante,

que la paciente se encontraba en seguimiento, en atención a su historia de Atención Primaria, conforme a tres diagnósticos previos relacionados con alteraciones menstruales, a saber, hipertiroidismo por enfermedad de Graves-Basedow, una anemia ferropénica de carácter crónico (con cifras de hemoglobina (Hb) y hematocrito (Hto) por debajo del rango estándar) y un dolor abdominal inespecífico, de modo que, cuando el Servicio de Endocrinología detecta en su analítica de seguimiento cifras de Hb y Hto por debajo de las habituales, recomienda a la paciente el 23 de enero de 2020 que acuda al Servicio de Urgencias para valorar una transfusión sanguínea como tratamiento agudo de su anemia.

La Inspección refiere a continuación que *“durante su estancia en el Servicio de Urgencias para la trasfusión sanguínea y control posterior, no hay constancia de más signos y síntomas. Desde el propio Servicio de Urgencias se gestionó una cita preferente con el Servicio de Medicina Interna para el estudio de una anemia documentada desde 2002 (18 años de evolución)”*. Es más, en la siguiente visita de la paciente al Servicio de Urgencias el 20 de febrero de 2020 por sensación de mareo, creyendo que podría estar anémica, las cifras de Hb y Hto estaban próximas a los rangos normales y no se requirió transfusión sanguínea, tampoco hay constancia de más signos y síntomas y, aun así, se aconsejó a la paciente valoración por el Servicio de Ginecología, en una práctica sanitaria que la Inspección Sanitaria califica como *“coherente, adecuada y ajustada a los signos o síntomas que la paciente presentaba en ese momento. En ambos casos, la atención estuvo motivada por sus cifras de Hb y Hto, en el contexto de una anemia crónica de 18 años de evolución”*.

En efecto, esta actuación es acorde con lo dispuesto en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, en cuyo anexo IV se ocupa de la cartera de servicios comunes de prestación de atención de urgencia,

que se define como *“aquella que se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata”*, que incluye *“la evaluación inicial e inmediata de los pacientes para determinar los riesgos para su salud y su vida y, en caso de ser necesaria, la clasificación de los mismos para priorizar la asistencia sanitaria que precisen. La evaluación puede completarse derivando a los pacientes a un centro asistencial si fuera necesario, para la realización de las exploraciones y procedimientos diagnósticos precisos para establecer la naturaleza y el alcance del proceso y determinar las actuaciones inmediatas a seguir para atender la situación de urgencia”*.

De esta forma, los servicios de Urgencias no tienen como función realizar todo tipo de pruebas, sino que estas se dirigen, en función de los datos clínicos, a descartar patologías urgentes y, en su caso, a derivar a los pacientes al especialista correspondiente para un estudio más profundo de la enfermedad.

Como decimos, a partir de este momento, la paciente pasa a estar en seguimiento por el Servicio de Ginecología del centro hospitalario, de modo que las sucesivas ocasiones en que la paciente acude posteriormente al Servicio de Urgencias han de interpretarse en el contexto de dicho seguimiento. En este sentido, la paciente es diagnosticada en junio de 2020, mediante una ecografía transvaginal que, según refiere la Inspección Sanitaria, es la prueba diagnóstica de elección para el mioma uterino, pues cuenta con una sensibilidad de 95-100%, de un mioma que, en palabras de la propia Inspección, era de gran tamaño, *“por lo que su sintomatología coincide con los datos clínicos aportados por la bibliografía médica especializada”*.

Respecto al tratamiento dispensado a la paciente en atención a su concreto diagnóstico, la Inspección Sanitaria indica que *“hay consenso bibliográfico en que es imposible predecir el crecimiento futuro de los miomas o la aparición de sus síntomas, por lo que se considera que el*

manejo expectante es la opción más razonable en pacientes sin anemia o metrorragia. En el caso de la paciente, al ser un mioma sintomático (metrorragia con anemia secundaria), se inició tratamiento médico desde el momento del diagnóstico (junio de 2020), en coherencia con los protocolos asistenciales al uso. Durante el seguimiento, la sintomatología no cedió e incluso empeoró, por lo que se valoró como un mioma anemizante refractario a tratamiento médico (agosto de 2020), fecha en la que se indicó tratamiento quirúrgico y se incluyó a la paciente en lista de espera para cirugía programada mediante histerectomía total (técnica de elección para el tratamiento quirúrgico en las mujeres que han completado su deseo genésico)”. De igual modo, la Inspección subraya que en las sucesivas ecografías que se realizaron a la paciente durante el periodo junio-agosto de 2020, los datos diagnósticos eran concluyentes y no se objetivaron otros hallazgos significativos al respecto.

Cabe recordar que, a partir de este momento, agosto de 2020, y haciendo uso de su derecho a la libre elección de médico, la paciente abandona el seguimiento por parte del Servicio de Ginecología del Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla” y acude al Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

En definitiva, la Inspección Sanitaria considera que, en todo caso, “el seguimiento de la paciente por su útero miomatoso fue asistencialmente adecuado y ajustado a las pautas de los protocolos ginecológicos, tanto en su abordaje y pruebas diagnósticas, como en la pauta terapéutica, el seguimiento y el tratamiento de sus complicaciones”.

En este sentido, 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”. Como señala la Sentencia del Tribunal Supremo de 27 noviembre de 2000, “un diagnóstico es, en definitiva, un dictamen y como tal avanza un parecer, una opinión, partiendo de unos datos que obtiene por diversos medios y que eleva a categoría a través de lo que el estado de la ciencia y la técnica, así como el saber experimental que posea el médico actuante, permiten en el momento de emitirlo. Nunca un dictamen –sea jurídico, sea médico- puede garantizar un resultado. Los conocimientos científicos, técnicos o experimentales ni en medicina ni, probablemente, en ningún sector de la actividad humana, pueden garantizar al ciento por ciento un resultado determinado, la certeza absoluta debe tenerse por excluida de antemano”.

En todo caso, tampoco puede cuestionarse la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o retraso diagnóstico o la inadecuación del tratamiento, mediante una regresión a partir de la evolución posterior de la enfermedad de los pacientes.

Así lo ha manifestado el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en Sentencia de 28 de marzo de 2016 (recurso 45/2014) según la cual:

“No es correcto realizar una interpretación de lo acontecido 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 definitiva, la Inspección Sanitaria señala que *“tras analizar la bibliografía, no parece ajustado a evidencia admitir retraso diagnóstico en este proceso, argumentando que se ignoraron los signos y síntomas. Los signos y síntomas que presentaba la paciente en enero de 2020 se encuadraban en procesos crónicos conocidos y de larga evolución durante años (metrorragia, anemia y dolor abdominal). Estos signos y síntomas hicieron posible el diagnóstico de útero miomatoso en junio de 2020 (diagnóstico desconocido hasta ese momento y causante de dicha sintomatología). Durante el seguimiento de este proceso entre junio y agosto de 2020 no se objetivaron signos o síntomas que hicieran sospechar otra patología y las pruebas diagnósticas que se indicaron y realizaron, tampoco objetivaron hallazgos sugestivos de patologías diferentes...”* concluyendo que la asistencia prestada se ajusta a la *“lex artis”*.

Conclusión a las que debemos atenernos dado que el informe de la Inspección Sanitaria obedece a criterios de imparcialidad, objetividad y profesionalidad, como ha puesto de manifiesto el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en multitud de sentencias, entre ellas la dictada el 22 de junio de 2017 (recurso 1405/2012):

“...sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen 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”.

En mérito a cuanto antecede, la 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.

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 marzo de 2024

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 151/24

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid