

Dictamen n.º: **351/25**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **03.07.25**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 3 de julio de 2025, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por la consejera de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña., Dña. y Dña. y D. (en adelante *los reclamantes*), por el fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, D. (*el paciente*) a consecuencia de una incorrecta asistencia sanitaria en el Centro de Salud García Noblejas y en el Hospital Universitario Ramón y Cajal.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por escrito presentado el día 21 de abril de 2023, los reclamantes -representados por un abogado- formulan reclamación de responsabilidad patrimonial frente al Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) por el fallecimiento de su familiar, reprochando la pérdida de oportunidad que supuso la falta de diagnóstico de un liposarcoma retroperitoneal, descubierto en la necropsia tras su muerte.

La reclamación expone que su familiar de 73 años, tenía múltiples patologías, siendo especialmente relevante la cardíaca. Se

inicia el relato fáctico aludiendo a que el paciente acudió a su médico de Atención Primaria en 2021, manifestando que se sentía muy cansado, con falta de aire, dolor en las piernas, dolor abdominal y de espalda, por lo que fue derivado al Hospital Universitario Ramón y Cajal (en lo sucesivo, el hospital) al Servicio de Angiología y Cirugía Vascular el 26 de enero de 2022, que descartó patología grave; y después, al Servicio de Neurología el 5 de abril y el 16 de junio, donde se prescribe un TAC, que, ante la lista de espera, nunca se llega a realizar.

Continúan refiriendo que, en el mes de julio de ese año 2022, el paciente tenía fuertes dolores, padecía estreñimiento y dolor abdominal, acudiendo el 30 de julio al Servicio de Urgencias, con alta el mismo día. El 1 de agosto vuelve a Urgencias y tras solicitarse cita preferente con el médico internista, le dan de alta el mismo día.

El 7 de agosto, el SUMMA 112 acude a su casa y tras la exploración le comentan que *“esto va a ser del corazón y que vaya al médico de cabecera”*, lo que hizo al día siguiente. Ante la gravedad que presentaba ese día, su médico le deriva a Urgencias hospitalarias: se realiza TC de cráneo urgente y se sospecha de endocarditis mitral. Queda ingresado en la UVI de Cardiología, por endocarditis infecciosa sobre válvula mitral, y es intervenido de urgencia. Tras la realización de un TAC, se detecta una multitud de tumores diseminados (metástasis) por todo el cuerpo, y un liposarcoma en el abdomen.

Se reprocha que -en todo el tiempo transcurrido en el hospital- no se considerara preferente el estudio del paciente tanto de la patología vascular como de la cardíaca, y que no recibió un seguimiento correcto, falleciendo el 11 de agosto de 2022.

Los reclamantes finalizan su relato aludiendo a la necropsia realizada a petición del cardiólogo, *“al que le resulta extraña la coincidencia del problema cardíaco con el cáncer, y el hecho de que no*

se hubiera detectado”. Manifiestan que la endocarditis que padecía su familiar, nada tiene que ver con una endocarditis infecciosa “*por posible manipulación dentaria, que aparece en el informe de fallecimiento*”; y que, en la necropsia, se objetivó que el tumor principal era un liposarcoma de 25 cm y casi 3 kg de peso.

Se citan los fundamentos legales que se consideran aplicables y se reprocha la existencia de una pérdida de oportunidad terapéutica por falta de diagnóstico del liposarcoma, por lo que solicitan una indemnización de 220.000 €, sin especificar conceptos ni cuantías.

Se adjunta a la reclamación, dos poderes para pleitos de familiares del fallecido, certificado de inscripción de apoderamiento *apud acta* en el archivo de apoderamientos judiciales de otro de los reclamantes, y documentación médica (folios 1 a 98 del expediente).

Tras un requerimiento, el abogado de los reclamantes presenta el 17 de mayo de 2023, escrito acompañando la copia del libro de familia y el informe de la necropsia realizada, que no se había adjuntado.

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

1.- El paciente de 73 años de edad en el momento de los hechos, presentaba como antecedentes de interés el cáncer de próstata diagnosticado en 2015, y una miocardiopatía isquémica, con disfunción sistólica severa en el ventrículo izquierdo. Estaba siendo tratado de esta patología en el Servicio de Cardiología del hospital, siendo la última revisión el 11 de octubre de 2021: “*asintomático, mantener el mismo tratamiento y revisión en un año*”.

El paciente acude el 22 de octubre de 2021 a la consulta de Atención Primaria por episodio de dolor en las piernas, efectuándose interconsulta al Servicio de Cirugía Vascular del hospital.

En el año 2022, el día 26 de enero, va a la consulta de Angiología y Cirugía Vascular, refiriendo dolor en los miembros inferiores (MMII) al deambular, cansancio, debilidad al deambular más de 1 km y lateralización derecha. No dolor en reposo, ni clínica clara de claudicación. Exploración física en abdomen y MMII: *“no se palpan masas ni megalias, no ascitis ni irritación peritoneal. Pulsos presentes en todos los niveles, movilidad y sensibilidad conservadas”*. Tras realizarse una ecografía abdominal, el diagnóstico es *“dolor de MMII a estudio. Se descarta patología vascular en el momento actual”*. Alta.

El 5 de abril, asiste a su primera consulta en el Servicio de Neurología (folios 258 y ss). *“Varón derivado por dolor en miembros inferiores, desde hace un año nota sensación de adormecimiento en ambas rodillas; lo describe como sensación de “embotamiento”, y ocasionalmente nota ardor en ambas piernas. No ha notado pérdida de fuerza al andar. Niega dolor lumbar. Las molestias le obligan a parar, y mejora. Ha sido valorado por Cirugía vascular, no objetivan patología”*. Exploración neurológica normal, no atrofia ni alteraciones cutáneas, sensibilidad conservada. Marcha normal, dolor en la cadera derecha. El dolor de rodillas *“me impresiona mecánico en probable relación con artrosis. Solicito estudio neurofisiológico para descartar polineuropatía. Revisión con resultados”*.

La siguiente consulta de Neurología es el 16 de junio, en la que el paciente manifiesta encontrarse peor: *“mantiene dolor soportable en las piernas cuando lleva 2 km. andando, localizado en las rodillas y raíz de muslos, no clara pérdida de sensibilidad”*. Exploración: fuerza conservada, reflejos simétricos, presentes, percibe vibración. Marcha y tándem normal, camina de puntillas y talones. Resultados del

estudio: sin signos de neuropatía en el momento actual. Impresión diagnóstica: dolor de características mecánicas. Muy dudosa claudicación de la marcha. Se solicita resonancia magnética lumbar.

Acude a Urgencias el 30 de julio a las 10.45 horas (folios 269 y ss) por estreñimiento de 9 días de evolución asociado a dolor abdominal desde entonces, niega náuseas o vómitos. Refiere desde hace un mes, anorexia y pérdida de peso de 3 kg. Exploración: TA 102/72, FC 104, SAT 98%, Temperatura 35.6°C. Auscultación cardíaca y pulmonar. Abdomen: *“distendido, difusamente doloroso a la palpación profunda y la percusión, se palpa masa dura en flanco izquierdo e hipocondrio izquierdo, dolorosa”*. Tacto rectal: heces blandas sin restos hemáticos en ampolla rectal, sin palpar fecaloma. Se solicitan radiografía de abdomen y analíticas. Rx. abdomen: *“abundantes heces en colon ascendente y trasverso, gran dilatación de asas ¿vólvulo? Ausencia de gas distal”*. Alta el mismo día por la tarde, con el diagnóstico de estreñimiento y tratamiento con movicol.

2.- Vuelve a Urgencias, el 1 de agosto a las 17.11 horas debido a la persistencia de estreñimiento asociado a dolor abdominal en hipogastrio y a nivel lumbar. *“Niega náuseas, vómitos, fiebre, sensación distérmica, ni cambios en las características de las heces previo a este episodio. Refiere pérdida de apetito desde hace mes y medio asociado a pérdida de peso de 3 kg. en el último mes”*. Exploración física: TA 94/77, FC 109, SAT 96%, 35.6°C. Estado general conservado, consciente y orientado, hidratado y perfundido, palidez cutánea. Afebril y eupneico en reposo. Abdomen: *“Ruidos hidroaéreos positivos, distendido y globuloso, doloroso de forma difusa a la palpación. Murphy y Blumberg, negativos. No masas ni megalias”*. MMII sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Analítica: *“Hemoglobina 12,6g/dl. Plaquetas 122000. Creatinina 1,23 mg/dl. FG 57,68. GGT 281 u/l. LDH 592 u/l. FA 199 u/l. INR 1,27. T°*

protrombina (TP) 15,10 sg. Actividad protrombina 64,40 %. PCR 142,9 mg/l”.

La radiografía de abdomen muestra luminograma normal con presencia de gas distal. No signos de obstrucción. No se aprecian masas. Abundantes heces. Se pauta enema de limpieza, que es efectivo, con mejoría sintomática. Se descarta *“la necesidad de actitud urgente en el momento actual, ante estabilidad clínica, hemodinámica y analítica del paciente”*. Diagnósticos: estreñimiento y síndrome constitucional, se solicita interconsulta a Medicina Interna. Se le da el alta esa noche: seguimiento por su médico de Atención Primaria y tratamiento con movicol.

El día 7 de agosto, hay una atención domiciliar SUMMA 112. *“Refiere desde hace más de una semana episodio de lumbalgia y astenia. Mantiene deambulación, no otra clínica asociada. Disminución de apetito de semanas de evolución”*. Exploración: eupnea. Valoración neurológica: consciente. No hay focalidad neurológica. AC y AP normal. CV: TA 90/60, TAM 70 (*tensión arterial media*). FC 73 lpm, SAT 94%. Escala qSOFA, negativa. Se pauta analgesia para la lumbalgia: paracetamol y antiinflamatorios. *“Control en su CS para valoración de pérdida de apetito de semanas de evolución. Diagnóstico: lumbalgia”*.

El 8 de agosto, acude a su centro de salud en silla de ruedas por intensa debilidad, con deterioro general; *“el paciente está muy confuso. En seguimiento por NRL por dolor MMII, a la espera de RM lumbar. Cirugía Vascular descartó patología”*. Su médico de cabecera le deriva al hospital, ingresando en Urgencias a las 16.43 horas (folios 283 y ss).

El paciente refiere cuadro de una semana de evolución de astenia, negativa a la ingesta de sólidos, episodio de desorientación y dolor en MMII. Deposiciones semisólidas. Niega fiebre, disnea, dolor torácico o clínica miccional. Regular estado general, consciente y

orientado. Eupneico. *“Palidez mucocutánea. Hábito asténico, signos de deshidratación mucocutánea. AP con hipofonesis en base izquierda, crepitantes en base derecha”*. Abdomen: blando, depresible, molestias a la palpación de hipogastrio, no masas ni megalias, ni signos de irritación peritoneal. MMII: edemas bilaterales con fóvea hasta tercio tibial medial, no signos de trombosis venosa profunda.

La ecografía transtorácica informa de lesión sugerente de vegetación en velo anterior de válvula mitral; fracción de eyección del ventrículo izquierdo conservada. Ante la sospecha de endocarditis mitral, se solicita ECG, Rx de tórax, urianálisis, TAC craneal y analíticas urgentes. Se instaura sueroterapia endovenosa y sondaje vesical. El electrocardiograma: sin datos de lesión aguda. El TAC de cráneo objetiva atrofia córtico-subcortical. Hallazgo sugestivo de megacisterna magna. Lesión isquémica en la zona frontoparietal izquierda, en evolución. Analítica (...).

Queda ingresado en Cardiología (Unidad Coronaria) por sospecha de endocarditis infecciosa sobre la válvula mitral (19.42 horas).

En la planta de la Unidad Coronaria el paciente refiere manipulación dentaria hace 2-3 meses (extracción dental e implante de material protésico). Se solicita frotis en sangre periférica, ecocardiograma y TAC. Los diagnósticos son: shock séptico secundario a posible endocarditis sobre válvula mitral nativa. Intervención bucal (2-3 meses) como posible puerta de entrada. Masa pediculada dependiente de cara auricular de velo anterior mitral. Lesión isquémica subaguda en zona de transición frontoparietal izquierdo en evolución. Fracaso multiorgánico secundario a previo: trombopenia y coagulopatía de consumo probablemente secundario a cuadro séptico. Fracaso renal agudo. Fracaso hepático. Los resultados de las pruebas solicitadas fueron: TAC craneal: lesión isquémica

subaguda en la zona frontoparietal izquierda Rx. tórax: derrame pleural izquierdo.

El día 9 de agosto se conocen los resultados del ecocardiograma trastorácico: masa pediculada dependiente de cara auricular de velo anterior mitral, no móvil; y del TAC abdomino-pélvico: *“masa retroperitoneal en línea media de 110 x 159 mm, detrás del páncreas que contacta con tronco celiaco, arteria y venal renal izquierda y arteria mesentérica superior. En el espesor de la pared abdominal izquierda existe otra masa de 139 x 67 mm, sólida, con crecimiento infiltrante en músculos intercostales, trasverso y oblicuo interno, cuadrado lumbar y paraespinal. DP unilateral izquierdo, múltiples nódulos pleurales sólidos en hemitórax izquierdo, sospechosos de neoplasia primaria o secundaria. Múltiples metástasis óseas líticas en esternón, costillas izquierdas, sacro, en múltiples vertebrae ...”*. El eco-doppler en el miembro inferior derecho muestra arteriosclerosis infrapoplítea con calcificación de los 3 troncos distales.

El día 10, se realiza biopsia con aguja gruesa de lesiones en pared abdominal izquierda y remiten muestra a Anatomía Patológica. Se solicitan interconsultas para valoración multidisciplinar a los servicios de Enfermedades Infecciosas, Hematología, Cirugía Vascular, Cirugía General y Oncología. El paciente presenta un empeoramiento clínico.

El día 11 de agosto de 2022, se objetiva evolución desfavorable por empeoramiento de shock séptico con fallo multiorgánico. Se informa a los familiares de la situación irreversible, priorizando medidas de confort. El paciente fallece las 19:30 horas.

3.- Por el Servicio de Anatomía Patológica se informa de los siguientes diagnósticos definitivos (folios 311 y ss): liposarcoma estadio IV (la neoplasia mide 25 cm y pesa 2,940 gr.) localizada en retroperitoneo. Endocarditis marántica, con embolias secundarias

identificadas en pulmón, testículo, piel e hígado. Y otros hallazgos secundarios: cistitis hemorrágica, infartos corticales renales. Ateroesclerosis en grandes vasos (...)

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

Se dio traslado de la reclamación a la compañía aseguradora del SERMAS. Se recibió la historia clínica del paciente en el Centro de Salud García Noblejas relativa a los hechos y la del hospital.

Obra en el expediente, un escrito firmado el 1 de junio de 2023, por el jefe de Servicio de Angiología y Cirugía Vascular (folios 121 a 127) que dice contener *“los informes médicos del servicio, relacionados con el paciente”*.

En el folio 129, figura un breve informe sobre la reclamación, firmado el 8 de junio de 2023 por el *jefe de Sección*, en el que se hacen *“algunas puntualizaciones: que la enfermedad cardiaca de base era una enfermedad coronaria estable, con disfunción del ventrículo izquierdo y el paciente estaba asintomático en la última consulta, meses antes. La enfermedad que causó el ingreso fue una endocarditis infecciosa (diagnóstico más probable), que culminó con shock séptico y fracaso multiorgánico. Se trata de una enfermedad diferente a su cardiopatía de base y no es posible predecirla”*.

Por la facultativa del centro de salud implicado, se emite informe el 21 de junio de 2023, que es un breve resumen la historia clínica del paciente en las fechas de los hechos reprochados.

Por la Inspección Sanitaria se emite informe de fecha 8 de mayo de 2024, en el que analiza detalladamente la historia clínica, los informes emitidos y tras emitir las consideraciones médicas oportunas realiza una serie de conclusiones, entre ellas que:

“Si atendemos a la evidencia científica, algoritmos de actuación y al principio de prudencia, la situación clínica y hemodinámica del paciente durante las dos visitas a Urgencias (mayor en la última consulta) indicaba una existencia de una causa subyacente grave (Síndrome carcinoide, masa abdominal, posible sepsis o neoplasia) que precisaba su ingreso hospitalario para ampliar estudio, recurso sanitario que no fue utilizado, lo que pudo influir en el posterior agravamiento del paciente y suponer un retraso diagnóstico ... al no ofrecer todas las alternativas terapéuticas ni diagnósticas disponibles a este nivel asistencial”.

Y efectúa dos conclusiones finales:

- “No puedo concluir que el abordaje diagnóstico y terapéutico del equipo facultativo de Urgencias del HRyC previo a su último ingreso, equipo facultativo de Cirugía Vascular y Neurología, así como el facultativo de Atención Primaria, hayan dispensado los recursos sanitarios disponibles conforme a la clínica del paciente ni a la evidencia científica existente en ese momento, lo que conllevó al posterior retraso en el diagnóstico de situaciones potencialmente graves que tuvieron como resultado final, el fallecimiento, por lo que considero que la asistencia sanitaria prestada no fue acorde a Lex artis”.

-La asistencia sanitaria, así como, las alternativas terapéuticas y diagnósticas ofertadas al paciente por el personal facultativo de Urgencias y de la Unidad Coronaria cuando ingresó el 8 de agosto de 2022, fue correcta y acorde a la Lex artis”.

Tras la incorporación al procedimiento de los anteriores informes, se ha evacuado el 27 de enero de 2025, el trámite de audiencia, constando alegaciones presentadas el 17 de febrero de 2025, en las que, por una parte, se abunda en lo ya manifestado reprochando que no se considerara preferente el caso del paciente; y que después de la muerte, la necropsia realizada demostró un liposarcoma retroperitoneal que tenía que haber sido descubierto antes con pruebas complementarias, dado que se trataba de una tumoración de 25 cm de diámetro, que debía ser visible con una palpación abdominal. Y por otra, fundamenta la pérdida de oportunidad, en la conclusión de la Inspección Sanitaria *“de que no se dispensaron todos los recursos sanitarios disponibles conforme a la clínica del paciente...”*.

Finalmente, se ha formulado propuesta de resolución el 8 de mayo de 2025, en la que -en el último fundamento- se considera *“que los reclamantes carecen de legitimación para reclamar y ser indemnizados por los posibles daños sufridos por el paciente previamente a su fallecimiento”*, y se desestima la reclamación al no concurrir los presupuestos legalmente establecidos para que pueda surgir responsabilidad patrimonial de la Administración.

CUARTO.- Por oficio de la consejera de Sanidad, con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 19 de mayo de 2025, se formuló preceptiva consulta a este órgano.

Ha correspondido la solicitud de consulta del expediente nº 255/25, a la letrada vocal Dña. Silvia Pérez Blanco que formuló y firmó la propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en la sesión indicada en el encabezamiento.

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 €, por solicitud de la consejera de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero.

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial se contiene en la LPAC, y su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

Los reclamantes ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 32.1 de la LRJSP, en cuanto que son familiares de la persona que recibió la asistencia sanitaria que consideran incorrecta, y cuyo fallecimiento -por el que reclaman- les ocasionó un indudable daño moral.

Actúan debidamente representados por un abogado. La relación de parentesco se ha acreditado con la copia del libro de familia.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, por cuanto el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente

causado en un centro sanitario de la Comunidad de Madrid, como es el Hospital Universitario Ramón y Cajal. Así mismo, el Centro de Salud García Noblejas integrado en la red asistencial pública madrileña.

En lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 de la LPAC el derecho a reclamar responsabilidad patrimonial a la Administración prescribe al año de manifestarse el efecto lesivo y de que se haya determinado el alcance de las secuelas.

En el presente caso, fallecido el paciente el día 11 de agosto de 2022, la reclamación presentada el día 21 de abril de 2023, está formulada en plazo legal.

En cuanto al procedimiento seguido, vemos que -en cumplimiento del artículo 81.1 de la LPAC- se han emitido informes por los servicios implicados -Servicio de Cardiología de Unidad Coronaria de la UVI- y el del Servicio de Cirugía Vascular, que se limita a recoger la historia clínica del paciente en la consulta del 26 de enero de 2022, y la interconsulta del 9 de agosto de 2022. También ha emitido informe la Inspección Sanitaria y se ha conferido con arreglo al artículo 82 de la LPAC, el trámite de audiencia a los reclamantes. Finalmente, se ha redactado la propuesta de resolución estimatoria parcial de la reclamación de responsabilidad formulada.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 106.2 de la Constitución Española y garantiza

el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada de la que es exponente la Sentencia del Tribunal Supremo de 21 de marzo de 2018 (recurso 5006/2016), requiere la concurrencia de varios requisitos:

a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal.

c) Que exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, sin que ésta sea producida por fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso 1515/2005) *“no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños de la actuación administrativa”*.

En concreto, cuando se trata de daños derivados de la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades

derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público porque el criterio de la actuación conforme a la *lex artis* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios.

Así, el Tribunal Supremo, en doctrina reiterada en numerosas ocasiones (por todas, la Sentencia de 15 de marzo de 2018, recurso 1016/2016) ha señalado que *“no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente, por lo que si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido ya que la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados”*.

CUARTA.- Del resumen de los presupuestos de la responsabilidad patrimonial incluidos en la consideración jurídica precedente, se deduce que no cabe plantearse una posible responsabilidad de la Administración sin la existencia de un daño real y efectivo a quien solicita ser indemnizado.

En este caso, el fallecimiento del familiar de los reclamantes es un *“daño moral cuya existencia no necesita prueba alguna y ha de presumirse como cierto”* (Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de noviembre de 2004 –recurso 7013/2000- y Sentencia de 25 de julio de 2003 –recurso 1267/1999-, entre otras).

En el caso que nos ocupa, se reprocha por una parte la falta de estudio del paciente y por otra, la inexistencia del diagnóstico del liposarcoma y sus consecuencias, que se liga con el fallecimiento del familiar de los reclamantes.

Centrado así el objeto de la reclamación, vamos a analizar los reproches efectuados, partiendo de lo que constituye la regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación como regla general y sin perjuicio del principio de facilidad probatoria en determinados supuestos, por mor del artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil. En este sentido se ha pronunciado, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de noviembre de 2019 (recurso 886/2017).

Los reclamantes no adjuntan un informe pericial en apoyo de su reproche, por lo que hemos de estar al material probatorio del expediente administrativo, es decir, la historia clínica y los informes emitidos en el curso del procedimiento.

En cuanto a lo primero, como hemos transcrito en el antecedente de hecho segundo del dictamen, hay dos asistencias en Urgencias los días 30 de julio y el 1 de agosto, (folios 269 y ss) en las que el paciente acude con otro síntoma distinto del anterior (dolor en los miembros inferiores) cual es el dolor abdominal y en el hipogastrio a nivel lumbar de varios días de evolución, y una pérdida sensible de peso (3 kg) así como fuerte estreñimiento, y solo se atiende a esto último. En la segunda asistencia hay además un dolor a la palpación del abdomen. En ambos casos, se le da el alta horas después con el tratamiento de movicol.

El empeoramiento del paciente es claro y tras una asistencia domiciliaria del SUMMA-112, acude a lo que se le ha prescrito, que es atención en su centro de salud, donde el 7 de agosto el facultativo

aprecia un deterioro más que evidente y se le redirige al hospital donde quedará ingresado hasta su muerte.

No se ha emitido informe ni por el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular (que se limita a adjuntar un episodio de la interconsulta efectuada) ni por Neurología, ni sobre todo por Urgencias, que no dan explicación alguna ni sobre estos nuevos síntomas ni sobre la aparición de la metástasis. El único informe del hospital es un escrito del Servicio de Cardiología realizando alguna precisión sobre la endocarditis mitral que derivó en sepsis y fallecimiento.

Al respecto, la Inspección Sanitaria nos aporta un criterio médico claro y sustentado en la historia clínica al afirmar *“la situación clínica y hemodinámica del paciente durante las dos visitas a Urgencias (mayor en la última consulta) indicaba una existencia de una causa subyacente grave (Síndrome carcinoide, masa abdominal, posible sepsis o neoplasia) que precisaba su ingreso hospitalario para ampliar estudio, recurso sanitario que no fue utilizado, lo que pudo influir en el posterior agravamiento del paciente y suponer un retraso diagnóstico tanto de la Endocarditis Mitral como del liposarcoma retroperitoneal, al no ofrecer todas las alternativas terapéuticas ni diagnosticas disponibles a este nivel asistencial.”*

Por tanto, fuera el 30 de julio o el 1 de agosto, el paciente precisaba haber sido ingresado en el hospital para que se le efectuaran las pruebas adecuadas, y sin embargo, en palabras de la Inspección *no se le ofrecieron las alternativas diagnosticas ni terapéuticas adecuadas* y esto pudo influir en el fatal desenlace; criterio éste al que hemos de estar por la importancia que este órgano consultivo atribuye a los informes de la Inspección, con base a su rigurosidad y objetividad y sin que haya sido contradicho.

Por tanto, se ha producido un daño antijurídico, que el paciente no tenía el deber de soportar, y que está relacionado con su fallecimiento días después, motivo por el cual sus familiares reclaman. Considerando además que el resultado del informe de Anatomía Patológica fue un liposarcoma de cierto tamaño (25 cm) y peso (casi 3 kg).

La Inspección es clara en su segunda conclusión *“no puedo concluir que el abordaje diagnóstico y terapéutico del equipo facultativo de Urgencias previo a su último ingreso, de Cirugía Vascular y Neurología, hayan dispensado al paciente todos los recursos sanitarios disponibles, lo que conllevó al posterior retraso en el diagnóstico de situaciones potencialmente graves que tuvieron como resultados final, el fallecimiento del paciente, por lo que considero que la asistencia sanitaria prestada en su proceso clínico, no fue acorde a Lex artis.*

Así pues, consideramos que se ha producido una pérdida de oportunidad para el familiar de los reclamantes.

Como recuerda la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 26 de noviembre de 2018 (recurso 703/2016), *“el daño no es el material correspondiente al hecho acaecido, sino la incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse seguido en el funcionamiento del servicio otros parámetros de actuación, en suma, la posibilidad de que las circunstancias concurrentes hubieran acaecido de otra manera”* y añade *“constituye, como decimos, un daño antijurídico, puesto que, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación), los ciudadanos deben contar, frente a sus servicios públicos de la salud, con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica pone a disposición de las administraciones sanitarias; tienen*

derecho a que, como dice la doctrina francesa, no se produzca una falta de servicio”.

QUINTA.- Una vez acreditado el daño antijurídico, procede emitir dictamen sobre la concreta valoración de los daños.

En este punto, la reclamación solicita sin más, una indemnización de 220.000 € sin acompañar un informe de valoración. Por otro lado, y pese a las conclusiones de la Inspección de existir una mala praxis, no se ha encargado por el instructor del procedimiento un dictamen pericial a la compañía aseguradora del SERMAS.

Así las cosas, tratándose de una persona de 73 años con los antecedentes descritos (un cáncer de próstata en 2015 y una miocardiopatía de la que estaba asintomático en la consulta última), en la que valoramos una pérdida de oportunidad desde el 30 de julio hasta su fallecimiento el 11 de agosto siguiente, tendremos en cuenta que el tratamiento asistencial por los facultativos de Cardiología desde el día 8 de agosto, sí fue adecuado al caso (conclusión primera de la Inspección). Y como hemos señalado reiteradamente en nuestros dictámenes, la valoración económica resulta de incierta apreciación en la mayoría de las ocasiones, pues se trata en realidad de una hipótesis o conjetura de lo que hubiera pasado si se hubiera actuado de otro modo. Como señala el Tribunal Supremo (Sentencia de 27 de enero de 2016), en la pérdida de oportunidad hay “*una cierta pérdida de una alternativa de tratamiento, pérdida que se asemeja en cierto modo al daño moral y que es el concepto indemnizable*”.

En los casos de responsabilidad por apreciar una pérdida de oportunidad, tiene señalado esta Comisión Jurídica Asesora (dictámenes 146/17, de 6 de abril y 340/18, de 19 de julio, 450/19, de 7 de noviembre), que el objeto de reparación no es el daño final, sino un daño moral, precisamente el perjuicio proporcional a la

pérdida de oportunidad sufrida, valorando en qué medida con una actuación a tiempo se hubiera producido un resultado final distinto y más favorable para el paciente. Consecuentemente, la indemnización es inferior al daño real sufrido y proporcional a las expectativas de éxito de la oportunidad que se perdió.

El reconocimiento de una cantidad global sin aplicar el baremo de accidentes de tráfico ha sido el criterio acogido por esta Comisión Jurídica Asesora (Dictamen 400/16, de 15 de septiembre, el Dictamen 131/18, de 15 de marzo y el Dictamen 136/18, de 22 de marzo, entre otros). En ellos, nos hicimos eco de la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 15 de junio de 2016 (recurso 306/2013) en la que en un caso parecido de pérdida de oportunidad rechaza la aplicación del baremo respecto al que destaca *“que según la doctrina jurisprudencial de la Sala Tercera...no tiene carácter vinculante, pues de acuerdo con la doctrina consolidada de esta Sala, antes citada, su aplicación se efectúa a efectos orientadores o analógicos, sin que limite las facultades de la Sala en orden a la concreción de la indemnización que estime aplicable para procurar la indemnidad del perjudicado, en atención a las circunstancias concurrentes”*. La sentencia opta por la valoración global del daño, acogiendo una valoración global que derive de una *“apreciación racional aunque no matemática”*

Por todo lo expuesto, este órgano consultivo considera adecuada la cantidad de 15.000 euros, de la cual, 6.000 € serán para su viuda, y 3.000 € para cada uno de sus tres hijos. Cantidades que se consideran ya actualizadas.

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

CONCLUSIÓN

Procede estimar parcialmente la reclamación formulada por la esposa e hijos del paciente fallecido, y reconocerles una indemnización total de 15.000 € que les será distribuida en la forma establecida en la consideración jurídica quinta *in fine* de este dictamen.

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 3 de julio de 2025

La Vicepresidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 351/25

Excmá. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid