

Dictamen n.º: **451/26**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **15.07.26**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por unanimidad en su sesión de 15 de julio de 2026, emitido ante la consulta formulada por la consejera de Sanidad, al amparo del artículo 5.3. f) de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña. (en adelante “*la reclamante*”), por los daños y perjuicios sufridos, que imputa a la deficiente asistencia sanitaria dispensada por parte del Hospital General Universitario Gregorio Marañón y del Hospital Universitario de La Princesa, por las secuelas padecidas tras serle practicada una lobectomía.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Con fecha 8 de mayo de 2024, se registra por el marido de la reclamante un escrito de responsabilidad patrimonial frente al Servicio Madrileño de Salud, por los daños y perjuicios que atribuye tanto al Servicio de Cirugía Torácica del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, donde le practicaron una lobectomía del lóbulo superior del pulmón izquierdo para tratarle un posible tumor cancerígeno, como al Hospital Universitario de la Princesa, donde estuvo ingresada con posterioridad, para tratarle un ictus que sufrió en el primer centro sanitario.

Manifiesta que el 17 de enero de 2024, (sic) su esposa fue operada en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón de un posible tumor cancerígeno. Le practicaron una lobectomía del lóbulo superior del pulmón izquierdo, que la mantuvo en el quirófano ocho horas.

Expone que, como consecuencia de dicha operación, se generó un coágulo en el corazón, que se desprendió cuatro días después de aquella, lo que le provocó un ictus y un edema cerebral, que obligaron a practicarle dos nuevas cirugías más complejas.

Considera que estuvo excesivo tiempo en el quirófano con fines docentes, ya que en la operación participó una médico residente. Lamenta que el cirujano que practicó la operación únicamente le informó por teléfono, una vez concluyó aquella, y que las primeras veinticuatro horas postoperatorias sólo fue atendida por una médico residente. Apunta que, ante la aparición de un enfisema subcutáneo, al que en principio no se dio importancia, no se prescribió ningún ecocardiograma postoperatorio, para rechazar posibles ictus. Sin embargo, con posterioridad, ello obligó a operarla de nuevo.

Narra que, cinco días después de la operación, su esposa fue sola al baño. Al ver que tardaba en salir, la compañera de habitación dio aviso al personal y, aunque señalan que acudieron rápidamente, el esposo de la reclamante duda de su actuación. Manifiesta que, durante su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos, se le realizó un electroencefalograma, que informó de lesiones muy graves, compatibles con haber estado más tiempo sin el tratamiento adecuado y con retraso en el mismo.

Relata que el Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Universitario de La Princesa, al que fue trasladada tras el ictus, no se puso en contacto con él, ni de forma presencial ni por teléfono, para informarle sobre el estado de la cirugía o de su evolución. Sospecha

que ello se debe a que en el primer hospital no se actuó de forma adecuada.

Sostiene que su esposa estuvo ingresada casi dos meses y, hasta la fecha de interposición de la reclamación, no ha tenido más noticias.

Cuantifica los daños en 700.000 euros. Junto con su escrito presenta el DNI del marido de la reclamante.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación, el órgano instructor solicitó la historia clínica, pudiéndose extraer los siguientes hechos de interés:

La reclamante, nacida el 7 de agosto de 1967, cuenta, como antecedentes destacables, con alergia a articaína e hipotiroidismo subclínico.

Es examinada en el Servicio de Neumología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón por un nódulo pulmonar, que se aprecia en una radiografía realizada a propósito de un catarro persistente. El 10 de noviembre de 2023 la paciente acude al Servicio de Medicina Corporal para realizar una tomografía por emisión de positrones, previa firma del documento de consentimiento informado correspondiente. Presentada en comité de tumores torácicos del citado hospital, el 27 de noviembre de 2023 se decide realizar una punción de biopsia guiada, mediante tomografía computarizada. El 1 de diciembre de 2023, tras la firma del documento de consentimiento informado correspondiente, se le realiza dicha prueba. El 15 de diciembre de 2023 se concluye que dicha prueba no resulta diagnóstica. El día 18 de diciembre en consulta del Servicio de Neumología, se informa de la existencia del nódulo pulmonar, pendiente de tratamiento.

El 28 de diciembre de 2023 se propone la resección quirúrgica de la lesión. Se explica la indicación quirúrgica y sus incertidumbres diagnósticas y pronósticas. Se propone lobectomía superior izquierda, previa confirmación intraoperatoria de la malignidad, mediante cirugía toracoscópica si es factible y se explican posibles riesgos y complicaciones. Igualmente se explica la posibilidad de resección de pared costal, así como actitudes y terapias alternativas. Se hace constar que la paciente comprende y acepta la operación y opta por la resección quirúrgica propuesta. Se incluye en la lista de espera quirúrgica, se solicitan las consultas correspondientes y la paciente firma el documento del consentimiento informado relativo a la resección pulmonar.

El 16 de enero de 2024 se le practica una lobectomía superior izquierda bajo anestesia combinada (general y paravertebral), que transcurre sin complicaciones. Se observa un adenocarcinoma infiltrante no mucinoso con patrón acinar (60%), de célula clara, lepidico periférico y unifocal. La pleura y los márgenes quirúrgicos están libres de afectación tumoral. Conclusa aquella, se traslada a la URPA, donde permanece hasta el día 17 de enero, cuando es trasladada a planta. Ese día se mantiene consciente y orientada. Se le realiza una radiografía de control, en la que se aprecia una mínima cámara de neumotórax apical izquierdo, un drenaje pleural pastero-superior izquierdo, un aumento del enfisema subcutáneo cervicotorácico izquierdo, un leve derrame pleural derecho, grapas en la pared torácica lateral izquierda y cambios osteodegenerativos en la columna dorso-lumbar.

En la madrugada del día 18 de enero se aprecia un enfisema facial y en el cuello. Continúa consciente, orientada y colaboradora. Deambula por la unidad. El día 19 de enero se observa un aumento del enfisema, por lo que se decide trasladar a la paciente al quirófano, para

la colocación de un catéter intercostal de drenaje torácico. Los días siguientes sigue en observación, con picos de fiebre.

El día 21 de enero pasa buena noche y a primera hora de la mañana sufre un síncope en el baño de la habitación, no presenciado. A la llegada de enfermería, se observan movimientos de chupeteo y leve desviación de comisura labial a la izquierda. Acuden el médico de Urgencias y el neurólogo. Aunque no se observan otros movimientos anormales, ni mordedura lingual ni otros estigmas de crisis, ante el bajo nivel de consciencia, se activa el código ictus, por lo que se traslada a la paciente a un box vital para completar el estudio. Se concluye que ha padecido un ictus isquémico en territorio de la arteria cerebral media izquierda, de etiología pendiente de estudio, y una oclusión en el segmento M1 de dicha arteria. Ante esta situación y dados los antecedentes, es trasladada al Hospital Universitario de La Princesa en una UVI medicalizada. Allí es atendida por el Servicio de Neurología de guardia.

El 22 de enero de 2024 se le realiza una tomografía computarizada craneal, concluyendo que ha sufrido un infarto isquémico agudo, en el territorio de la arteria cerebral anterior izquierda, afectando a los dos tercios anteriores del giro cingulado y giro frontal superior.

Al día siguiente se reitera la prueba y se emite el siguiente juicio clínico: un ictus isquémico maligno en la arteria cerebral media y en la anterior, izquierdas. Se explica que ha sufrido extensos infartos isquémicos que se distribuyen en las arterias citadas, con áreas de retención de contraste yodado y de transformación hemorrágica petequial en su espesos, que no han variado significativamente. Se añade: *“No se observan nuevos focos de sangrado agudo. Aumento del efecto de masa asociada con aumento de la desviación de la línea media hacia la derecha (8 mm en el estudio actual) así como del componente de*

herniación subfacial y transectorial descendente. No se observan datos de hidrocefalia". Se le practica una craneotomía descompresiva.

Ese mismo día se repite la prueba, observando "nuevos focos de transformación hemorrágica petequial en la zona frontal infartada y una mejoría del efecto de masa en comparación con estudio previo prequirúrgico".

Tras reiterar la prueba el día 25 de enero de 2024 se percibe una muy leve mejoría del efecto de masa en comparación con el estudio previo.

El día 26 de enero se realiza un registro electroencefalográfico que *"muestra un patrón de encefalopatía severa con mayor afectación cortico-subcortical en hemisferio izquierdo. No hay evidencia de actividad irritativa".*

Con fecha 29 de enero se reiteran las pruebas, sin encontrar cambios. En las del día 2 de febrero se observa *"una ligera mejoría del edema asociado a las áreas isquémicas, una leve disminución de herniación del parénquima cerebral a través de la craniectomía realizada y un mínimo higroma subdural subyacente a la superficie dural de nueva aparición".* Los días 8, 13, 15, 22, 24, 27 de febrero se repiten las pruebas.

El 12 de febrero el Servicio de Oncología pone de relieve que, desde su perspectiva, la paciente ha recibido *"el tratamiento curativo necesario, ya que tanto por el tamaño tumoral, como por la ausencia de ganglios afectados, no precisa de tratamiento adyuvante posterior. Se recomienda realizar seguimiento por Cirugía Torácica al alta".*

El día 21 de febrero se le practica una craneoplastia, necesaria tras la craniectomía descompresiva. El 22 de febrero se propone trasladar a la paciente a un centro de rehabilitación especializado en

daño cerebral. Tanto ella como el marido prefieren rehabilitación en el domicilio, pese a que se les informa de que la rehabilitación no será tan específica ni tan intensiva como en un centro especializado.

De momento, ha de permanecer en reposo absoluto. Se hace constar que es poco colaboradora, componente relevante en el grado de recuperación del lenguaje, ya que su nivel de tolerancia a la frustración es bajo.

Los días siguientes se mantiene depresiva. Es ayudada por su marido. A partir del día 24 de febrero hasta el 28 del mismo mes, se mantiene aislada por *clostridium*.

El día 27 de febrero comienza a hablar un poco. Quiere irse a su casa y es dada de alta el día 29 de febrero con diversas pautas.

El 14 de mayo de 2024 tiene una consulta telefónica en el Servicio de Cirugía Torácica del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Se decide seguimiento oncológico y se solicita una tomografía computarizada toracoabdominal, que se realiza el 15 de junio de 2024 y se concluye. “*lobectomía superior izquierda sin signos de recidiva tumoral*”.

El 20 de mayo de 2024 acude a revisión en el Hospital Universitario de La Princesa, donde solicitan cita con Hematología, y comentan la posibilidad de solicitar valoración en el Centro de referencia Estatal de Atención al Daño Cerebral.

TERCERO.- Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del procedimiento de responsabilidad patrimonial de acuerdo con la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

El 5 de junio de 2024, se solicita al representante que acredite la representación o bien que la reclamante firme la solicitud presentada.

El 13 de junio de 2024, la reclamante hace suya la solicitud inicialmente presentada por su marido, por cuanto la firma ella, y un documento privado en el que confiere la representación, al que se adjunta el DNI de este y el certificado que acredita que la reclamante es ciudadana de la Unión Europea.

El 28 de junio de 2024, se comunica a la aseguradora del SERMAS, la interposición de la presente reclamación de responsabilidad patrimonial.

Se han incorporado al procedimiento, la historia clínica de la paciente, diversos informes emitidos con ocasión de las diferentes asistencias prestadas en el Hospital Universitario de La Princesa y en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón y los informes de los servicios médicos, que prestaron la asistencia médica objeto de reproche, al amparo del artículo 81.1 de la LPAC.

Así figura el informe del Servicio de Cirugía Torácica del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, emitido el 28 de julio de 2024, (folios 21 a 30). Analiza las diversas críticas de la reclamación presentada y concluye cuanto sigue:

“Lamentamos profundamente cada complicación que padecen nuestros pacientes, especialmente cuando implican graves secuelas evolutivas, pero entendemos que la actuación clínica antes, durante y después de este procedimiento ha sido correcta y llevada a cabo con la diligencia y protocolización necesarias”.

Igualmente se ha incorporado un informe de 5 de septiembre de 2024, del Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Universitario de La Princesa con el siguiente contenido (folio 513 del expediente):

“La paciente referida fue trasladada desde el Hospital General Universitario Gregorio Marañón el día 21 de enero de 2024, para atención intervencionista del ictus isquémico que había sufrido durante su ingreso en ese centro. La paciente venía diagnosticada de ictus isquémico por trombo en arteria cerebral media izquierda desde su hospital de referencia. Llegó a nuestro centro a las 10:45 horas del día señalado. Se trasladó a la sala de intervencionismo donde empezó a atenderse a las 10:48 horas. A las 12:03 horas, se consiguió la recanalización parcial del vaso afectado. La evolución clínica del episodio no fue favorable; se desarrolló un infarto maligno que precisó craneotomía descompresiva”.

El 6 de septiembre de 2024 ha emitido informe el Servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario de La Princesa que refiere que, ante la evolución de la paciente, el día 22 de enero se contactó por primera vez con dicho servicio, *“para valorar la realización de una craniectomía descompresiva. Este procedimiento se realiza para evitar que la hipertensión intracraneal grave acabe con el fallecimiento de la paciente, pero no para que el déficit neurológico ya establecido mejore, por lo que se habló con la familia explicando los riesgos y beneficios del procedimiento sabiendo y aceptando la familia su realización, por lo que fue llevada a quirófano de urgencias la madrugada del 22 al 23 de enero a las 00:45 horas, realizándose el procedimiento sin incidencias. Posteriormente, la paciente pasó a la UCI donde continuó el tratamiento. Durante su estancia en UCI, la paciente mejoró del nivel de conciencia, pero se mantuvo con el déficit neurológico establecido, con hemiplejía derecha y afasia del lenguaje. Durante su estancia en UCI los primeros días se practicaron pruebas de imagen cerebral donde se apreció el beneficio de la craniectomía descompresiva que consiguió disminuir la presión intracraneal. La paciente pudo ser extubada el día 2 de febrero sin incidencias. Dada la buena evolución del edema cerebral la paciente pudo salir de la UCI a planta de Hospitalización de Neurología y se pudo*

reintervenir quirúrgicamente el día 21 de febrero de manera programada, para recolocar el hueso del cráneo sin incidencias en los días posteriores. Se pudieron retirar las grapas de la herida y no ocurrieron complicaciones en esta segunda cirugía, siendo dada de alta por parte de neurocirugía el día 29 de febrero de 2024. Según consta en los comentarios de Neurología, la situación actual de la paciente es de un NIHSS – medida de la gravedad del infarto - de 19 (el de ingreso era de 24)”.

El 13 de septiembre de 2024 emite informe el Servicio de Neurología del mismo hospital, que describe el tratamiento al que se sometió a la paciente:

“- La paciente fue atendida en urgencias por el Servicio de Neurología del Hospital Universitario de La Princesa el 21 de enero de 2024, como código ictus tras traslado secundario desde el Hospital Gregorio Marañón, donde la paciente se encontraba ingresada.

- A su llegada se confirma la sospecha inicial de ictus isquémico hemisférico izquierdo con oclusión de M1 proximal de la arteria cerebral media izquierda (ACM). Siendo la valoración neurológica de NIHSS 26.

- Se indica tratamiento con trombectomía mecánica, por no estar indicado tratamiento con trombólisis IV por cirugía torácica reciente.

- Se realiza el procedimiento sin incidencias (consentimiento informado de familiares), consiguiendo recanalización TICI 2c.

- Se procede a ingreso en la Unidad de Ictus para vigilancia y monitorización.

- Durante su estancia en la Unidad de Ictus la paciente es valorada por cirugía para manejo de los drenajes torácicos.
- La paciente no presenta mejoría neurológica tras el procedimiento, apareciendo deterioro del nivel de conciencia a las 24 horas, objetivando en TC cerebral de control efecto de masa con desviación de línea media con componente de herniación subfacial y transtentorial descendente del infarto cerebral en territorio arteria cerebral media izquierda, motivo por el cual, se decide ingreso en UCI. Siendo necesario tratamiento de craniectomía descompresiva urgente el 23 de enero de 2024, que cursa sin incidencias.
- Durante su estancia en UCI la paciente presenta mal control tensión arterial, consiguiendo control con perfusión de nicardipino. Ante el deterioro del nivel de conciencia se procede a intubación orotraqueal y necesidad de ventilación mecánica, previo a la cirugía. Se realiza a fibrobroncoscopia para aspirar secreciones y confirmar que no existen complicaciones post-quirúrgicas, descartando sangrado activo de cicatriz quirúrgica. Se consigue retirada de drenajes, recuperando buena mecánica respiratoria. Inicialmente precisa nutrición enteral por sonda nasogástrica, por disfagia, con buena tolerancia a dosis plenas de nutrición.
- Se solicita una posterior valoración por el equipo de ORL, que realiza test de disfagia, siendo posible iniciar tolerancia oral con consistencia pudding y néctar, sin incidencias. Se realiza tratamiento antibiótico intensivo por fiebre sin foco con reactantes de fase aguda elevados en analítica sin aislamiento microbiológico en cultivos, con resolución del síndrome febril sin más complicaciones. Se consigue retirar sedación e intubación, siendo posible alta a hospitalización a cargo de Neurología el día el 7 de febrero de 2024.

- Durante su estancia en hospitalización de Neurología la paciente presenta complicaciones médicas de ITU e infección por *Clostridium Difficile* con buena respuesta antibiótica. No presenta complicaciones neurológicas. Es valorada por Oncología Médica. Presenta leve mejoría neurológica, al alta NIHSS 19.

- Realiza seguimiento el equipo de Neurocirugía programando craneoplastia el 21 de febrero de 2024 sin incidencias. Realizando controles de imagen y siendo posible iniciar tratamiento antitrombótico sin complicaciones.

- Durante su ingreso se realiza estudio vascular, que descarta causas cardioembólicas, siendo la causa más probable del ictus una etiología protrombótica en el contexto de la enfermedad neoplásica. Se valora la indicación de anticoagulación como tratamiento de prevención secundaria, decidiendo antiagregación al no tener tumor activo tras la cirugía y considerarse completado el tratamiento oncológico en ese momento.

- La paciente es valorada por Rehabilitación y se inicia tratamiento con fisioterapia. En reunión multidisciplinar (Rehabilitación, Trabajo social, Neurología) se propone traslado a centro de Rehabilitación de Daño Cerebral, que la familia rechaza, programándose finalmente rehabilitación domiciliaria.

- Acude a revisión en consultas el 20 de mayo de 2024 presentando estabilidad clínica, con leve mejoría neurológica NIHSS 14, Rankin 3. Sin incidencias, ni recurrencias. Se programa nueva revisión para seguimiento neurológico”.

El 24 de septiembre de 2025, se emite informe por la Inspección Sanitaria que, tras analizar la historia del reclamante, los informes emitidos en el curso del procedimiento, y formular las oportunas consideraciones médicas, concluye que la asistencia prestada a la

reclamante en ambos hospitales fue adecuada y acorde a la *lex artis*. (folios 518 a 540 del expediente). Añade: *“La reclamación parece basarse en una interpretación errónea de la causalidad clínica y en expectativas no ajustadas a la complejidad del caso. Lamentamos profundamente el desenlace clínico y las secuelas neurológicas sufridas por la paciente, pero tras revisar toda la documentación disponible, no se aprecia que los hechos sean atribuibles a una actuación negligente o contraria a la buena praxis médica. La atención prestada fue adecuada, diligente y conforme a los estándares clínicos y legales vigentes”*.

El 23 de marzo de 2026, se formula una resolución concediendo trámite de audiencia, tal como exige el artículo 82 de la LPAC, acompañando el expediente. Se notifica el 1 de abril de 2026. El día 16 del mismo mes, el marido de la interesada presenta alegaciones, manifestando que las conclusiones del informe de Inspección no son imparciales. Considera que la causa del accidente cerebrovascular fue la propia cirugía a la que fue sometida su mujer, pudiéndose haber evitado con un ecocardio posterior a la operación, prueba que podría haberse realizado pues no es invasiva y no estaba prohibida.

Por la viceconsejera de Sanidad y directora general del Servicio Madrileño de Salud, se elabora el 2 de junio de 2026, la oportuna propuesta de resolución en la que se interesa desestimar la reclamación interpuesta.

CUARTO.- Por escrito de la consejera de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 15 de junio de 2026, se formuló preceptiva consulta a este órgano consultivo.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el n.º 422/ 26, a la letrada vocal, Dña. M.^a Elena López de Ayala Casado, quien formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen,

deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 15 de julio de 2026.

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 igual o superior a 15.000 euros y por solicitud de la consejera de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, del Consejo de Gobierno (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, en relación con el artículo 32.1 de la LRJSP, en cuanto que recibió la asistencia sanitaria objeto de reproche.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que la asistencia sanitaria reprochada fue dispensada por el Hospital General Universitario Gregorio Marañón y Hospital Universitario de La Princesa, centros sanitarios integrados en la red sanitaria pública madrileña.

Por lo que se refiere al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 de la LPAC *“el derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”*.

En este caso, la reclamación patrimonial se interpone el 8 de mayo de 2024 y la actuación objeto de reproche tuvo lugar el 21 enero del mismo año, después de la operación realizada el día 16 de dicho mes. Por ello, ha de entenderse que la reclamación se ha interpuesto dentro del plazo fijado al efecto, sin necesidad de atender a la determinación o alcance de las secuelas.

En cuanto al procedimiento seguido en la tramitación de la reclamación de responsabilidad patrimonial, se observa que se ha incorporado al procedimiento, la historia clínica del paciente y que, en cumplimiento del artículo 81 de la LPAC, han emitido informe los servicios médicos que intervinieron en la asistencia sanitaria reprochada, esto es, el Servicio de Cirugía Torácica del Hospital General Universitario Gregorio Marañón y los servicios de Radiodiagnóstico, Neurocirugía y Neurología del Hospital Universitario de la Princesa. Asimismo, se ha emitido informe por la Inspección Sanitaria, en los términos expuestos.

Tras la instrucción del expediente se confirió el trámite de audiencia a la interesada, de conformidad con el artículo 82 de la LPAC, y, finalmente, se ha redactado la propuesta de resolución en sentido desestimatorio de la reclamación de responsabilidad planteada.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver, a lo que sólo debe objetarse el excesivo plazo de tramitación del procedimiento, que excede en mucho el plazo de seis meses establecido en la ley.

Ahora bien, como hemos mantenido en anteriores dictámenes, el transcurso del plazo de resolución y notificación no exime a la Administración de su obligación de resolver expresamente y sin vinculación alguna con el sentido del silencio desestimatorio producido (artículos 24.1 y 24.3 b) de la LPAC), ni en consecuencia a esta Comisión Jurídica Asesora de dictaminar la consulta.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 106.2 de la Constitución Española y garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley. Según constante y reiterada jurisprudencia, el sistema de responsabilidad patrimonial presenta las siguientes características: a) unitario: rige para todas las Administraciones; b) general: abarca toda la actividad -por acción u omisión- derivada del funcionamiento de los servicios públicos, tanto si éstos incumben a los poderes públicos, como si son los particulares los que llevan a cabo actividades públicas que el ordenamiento jurídico considera de interés general; c) de responsabilidad directa: la Administración responde directamente, sin perjuicio de una eventual y posterior acción de regreso contra quienes

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

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

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

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 27 de enero de 2026 (recurso de casación 5434/2024) señala:

“Así, como ya dijimos en nuestra STS de 15 de marzo de 2018 (Rec. 1016/2016) «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» - sentencias del Tribunal Supremo de 25 de abril , 3 y 13 de julio y 30 de octubre de 2007 , 9 de diciembre de 2008 y 29 de junio de 2010 -, por lo que «la actividad médica y la obligación del profesional es de medios y no de resultados, de prestación de la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo, de manera que los facultativos no están obligados a prestar servicios que aseguren la salud de los enfermos, sino a procurar por todos los medios su restablecimiento, por no ser la salud humana algo de que se pueda disponer y otorgar, no se trata de un deber que se asume de obtener un resultado exacto, sino más bien de una obligación de medios, que se aportan de la forma más ilimitada posible»- también, entre otras, SSTS de 10 y 16 de mayo de 2005”.

Diversas sentencias de la Sección Décima de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, por todas, la Sentencia 664/2025, de 7 de julio (procedimiento ordinario 142/2023), recuerdan la consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en este sentido.

CUARTA.- En este caso, como hemos visto en los antecedentes, la reclamante viene a censurar la asistencia que le fue prestada en el Hospital Universitario Gregorio Marañón, donde le practicaron una lobectomía del lóbulo superior del pulmón izquierdo para tratarle un posible tumor cancerígeno y en el Hospital Universitario de la Princesa, donde estuvo ingresada con posterioridad, para tratar el ictus que sufrió en el primer centro.

Centrado así el objeto de la reclamación, vamos a analizar los reproches formulados, partiendo de lo que constituye la regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido se han pronunciado, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 19 de febrero de 2025 (recurso 373/2022) al señalar que *“...si el interesado alega que el daño que se le ha causado y por el que solicita indemnización deriva de mala praxis sanitaria, la prueba de la mala praxis solo corresponde a quien la alega”* y las sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 8 de abril de 2022 (recurso 1079/2019) y de 12 de junio de 2025 (recurso 1200/2023), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo. Además, como añaden estas dos últimas sentencias citadas, *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica”*.

En este caso, la reclamante no ha aportado prueba alguna que venga a acreditar que la asistencia prestada fuera incorrecta en los términos que son objeto de reproche, sin que sirvan a tal efecto las afirmaciones contenidas en el escrito de reclamación, ni en el de alegaciones. Por el contrario, los informes médicos que obran en el expediente, contrastados con la historia clínica examinada, descartan la mala praxis denunciada.

Particularmente, la Inspección Sanitaria, tras analizar el proceso asistencial que consta en las actuaciones, ha considerado que la asistencia médica prestada fue conforme a la *lex artis*.

Comienza el informe de la Inspección relatando los antecedentes médicos del paciente y los hechos acontecidos, para, a continuación, determinar una serie de consideraciones médicas sobre la duración de la cirugía de lobectomía pulmonar por adenocarcinoma, el riesgo de

ictus tras las mismas y el enfisema subcutáneo, dado que constituyen los reproches más relevantes de la reclamación interpuesta. Por último, analiza la actuación médica en relación con el tratamiento del ictus.

En relación con el primer reproche de la reclamación, relativo a la duración de la operación practicada el 16 de enero de 2024 y sobre los profesionales intervinientes, la Inspección señala que *“la lobectomía superior izquierda es la más compleja de las resecciones pulmonares, especialmente si el tumor está en contacto con la pared costal o hay cisura incompleta (separación anatómica difícil entre lóbulos pulmonares). En este caso, la cirugía duró 5 horas y 20 minutos (tiempo quirúrgico) y el tiempo total operatorio fue de 7 horas y 37 minutos, ambos dentro de lo esperable para procedimientos complejos y similares a los reportados en la literatura internacional y nacional. La duración se debió a la necesidad de resección previa del tumor, confirmación intraoperatoria de malignidad y disección cuidadosa de estructuras vasculares para evitar sangrado”*. Explica que *“la participación de residentes no prolongó el tiempo quirúrgico, ya que el cirujano principal asumió la mayor parte del procedimiento”*.

El informe del Servicio de Cirugía Torácica explica igualmente lo anterior: *“La paciente ingresa de forma programada para someterse a lobectomía superior izquierda por toracoscopia izquierda, previa cuña de la lesión y estudio intraoperatorio en el servicio de Anatomía Patológica. En planta de cirugía torácica, según consta en evolutivos enfermeros, se realiza la preparación prequirúrgica, incluida la colocación de medias compresiva del protocolo de profilaxis de tromboembolismo” (...)* *“Según consta en protocolo de intervención, se realizó una lobectomía superior izquierda toracoscópica y linfadenectomía mediastínica, previa realización de resección del nódulo pulmonar y confirmación intraoperatoria del diagnóstico de cáncer de pulmón por el servicio de Anatomía Patológica”*. Identifica al cirujano principal y a la cirujana ayudante. Añade: *“protocolo de verificación quirúrgica: correcto y firmado*

por enfermera. Entrada en quirófano: 8:24 horas; inicio de anestesia: 8:30 horas; inicio de cirugía: 10:15 horas; fin de cirugía: 15:20 horas; fin de anestesia 15:37 horas; salida de quirófano 15:38 horas”. Considera lo siguiente:

“El tiempo quirúrgico y operatorio total de la paciente fueron prolongados, pero no inusuales en la práctica del servicio en nuestro centro ni en centros de referencia. A pesar de la intención de minimizar los tiempos quirúrgico y operatorio, esto no siempre es posible por las circunstancias del procedimiento y la complejidad particular de cada caso. En este caso, se trataba de una lobectomía superior izquierda, la de mayor complejidad, hubo que realizar una resección previa del tumor y de esperar la confirmación histológica de malignidad y existía una complejidad técnica de cisura incompleta con difícil disección y control de colaterales de la arteria pulmonar. En estos casos, prima la seguridad y precisión técnica para evitar sangrados intraoperatorios”.

En relación con la participación de la médico residente, explica que el hospital tiene la obligación de formar médicos especialistas. En este caso, el responsable asumió la realización de la operación y señala que *“los tiempos quirúrgicos no pueden atribuirse en ningún caso a docencia, como se le aclaró al marido de la paciente en el primer momento que mencionó sus dudas sobre ello”.*

Por último, dicho informe explica el motivo de la tardanza en informar al esposo:

“Tras la cirugía y trasladada la paciente a la URPA, el Dr. (...) salió a la sala de espera para informar a los familiares, no encontrando ninguno presente. Llamó por teléfono al único número registrado en los datos administrativos del paciente, sin contestación. En ese momento el Dr. (...) no cayó en la cuenta de revisar la historia de

enfermería por si habían registrado el número de algún familiar, pero comunicó al médico de URPA que, si acudía alguien a la hora de la visita, le llamaran para informar telefónicamente e incluso acudir para información personal si así fuera requerido. La información fue telefónica. El Dr. (...) explicó la cirugía y los posibles riesgos inmediatos, aclaró dudas y pidió disculpas por no haber localizado el número de teléfono de contacto previamente”.

El segundo grupo de reproches versa sobre la actuación los días posteriores a la operación, en el primer centro hospitalario. La Inspección explica que *“el ictus (accidente cerebrovascular) es una complicación poco frecuente pero reconocida tras cirugías torácicas complejas, con una incidencia descrita del 0,2-0,6% tras lobectomía pulmonar. El riesgo aumenta en cirugías largas, pacientes oncológicos y con factores de riesgo vascular previos. En este caso, la paciente presentó un ictus isquémico (obstrucción de una arteria cerebral) el cuarto día postoperatorio, probablemente relacionado con el estado protrombótico postquirúrgico, más que con la manipulación cardíaca (que fue mínima en la intervención). Se aplicaron las medidas preventivas habituales: medias de compresión, deambulación precoz y heparina subcutánea”.* Respecto del enfisema subcutáneo (acúmulo de aire bajo la piel), expone que *“es una complicación frecuente tras resección pulmonar, especialmente cuando hay fuga aérea persistente desde el pulmón. Suele ser autolimitado y se maneja aumentando la aspiración del drenaje pleural; solo en casos de aumento progresivo se indica la colocación de un segundo drenaje, como se hizo en este caso, con buena evolución posterior. No suele tener repercusión grave si no hay neumotórax a tensión (acúmulo de aire que comprime el pulmón)”.*

Por ello, concluye que la actuación médica en ambos casos fue adecuada a protocolo.

A continuación, analiza el uso del electroencefalograma en este contexto, como indica la reclamante, concluyendo que *“no es una herramienta válida para determinar ni la gravedad ni el momento de aparición de un ictus. Su uso en este contexto es complementario y no sustituye a la evaluación clínica ni radiológica. Por tanto, no puede considerarse prueba de retraso asistencial ni de mala praxis”*. Explica que *“el adenocarcinoma de pulmón incrementa el riesgo de trombosis, especialmente tras cirugía mayor, por lo que es fundamental aplicar medidas preventivas y monitorizar posibles complicaciones tromboembólicas como el ictus, tal y como se realizó en este caso según el protocolo”*.

El informe del Servicio de Cirugía Torácica de este hospital, responde igualmente a las críticas de la reclamante. Rechaza que después de la operación sólo fuera valorada por la médico residente. De hecho, explica que el drenaje para tratar el enfisema, que normalmente practican los residentes, en este caso es realizado por el médico responsable. Añade que se activó el código ictus y se realizó el estudio diagnóstico con la mayor urgencia posible.

El tercer grupo de reproches se centra en la actuación en el Hospital Universitario de La Princesa, donde fue trasladada para tratar el accidente cerebral.

La Inspección considera que, una vez se produce un infarto cerebral maligno, se debe practicar una craniectomía descompresiva, que *“es una intervención de urgencia vital, con implicaciones éticas importantes: se debe informar claramente a la familia que el procedimiento no garantiza recuperación funcional, sino que evita la muerte. El pronóstico depende de la extensión del infarto, la edad, comorbilidades y tiempo de evolución”*.

Sobre la falta de información del Servicio de Cirugía Torácica del segundo centro sanitario, la Inspección reconoce que *“valoraron a la paciente y no encontraron ninguna anomalía quirúrgica”*. En cuanto al tratamiento del ictus concluye:

“Sobre la reclamación por duración comparativa: El hecho de la craneotomía haya durado menos que la lobectomía pulmonar no implica mala praxis. La duración depende de múltiples factores anatómicos y técnicos. En este caso, la cirugía fue más compleja de lo habitual, lo que justifica su duración.

Sobre la supuesta mala técnica quirúrgica: No hay evidencia objetiva de que el ictus fuera consecuencia directa de una técnica quirúrgica incorrecta. No se documentaron complicaciones intraoperatorias, ni sangrados, ni manipulación cardíaca relevante. La complicación neurológica fue tardía y atribuible a un estado protrombótico oncológico”.

Los informes de los servicios que atendieron a la reclamante en el Hospital Universitario de la Princesa confirman lo anterior. Así el informe del Servicio de Neurocirugía de 6 de septiembre de 2024 explica que, *«tras preaviso al equipo de guardia de Neurología de nuestro hospital, pues había indicación de trombectomía mecánica por parte de Neurointervencionismo. La paciente fue trasladada a la sala de Radiología Intervencionista donde se practicó la trombectomía mecánica (con un resultado angiográfico TICI 2c: “recanalización de la arteria casi completa sin trombo visible, pero con retraso en la salida de contraste”) y posteriormente a la Unidad de Ictus a cargo del Servicio de Neurología. La valoración neurológica posterior a la trombectomía no demostró mejoría neurológica de la paciente (...) Ante esa situación, el Servicio de Neurología contactó con la UCI para ingreso y se contactó con la familia informando del mal pronóstico por el importante edema cerebral secundario al infarto en progresión. En ese momento es cuando se*

contacta por primera vez con el Servicio de Neurocirugía, para valorar la realización de una craniectomía descompresiva». Es operada la madrugada del 22 al 23 de enero. “Dada la buena evolución del edema cerebral la paciente pudo salir de la UCI a planta de hospitalización de Neurología y se pudo reintervenir quirúrgicamente el día 21 de febrero de manera programada, para recolocar el hueso del cráneo sin incidencias en los días posteriores. Se pudieron retirar las grapas de la herida y no ocurrieron complicaciones en esta segunda cirugía, siendo dada de alta por parte de neurocirugía el día 29 de febrero de 2024”.

Asimismo, debemos destacar que la reclamante firmó el documento de consentimiento informado el 28 de diciembre de 2023 - ver folio 171 de expediente - en donde, entre los riesgos típicos de la resección pulmonar que se le practicó, se encuentran los accidentes cerebro vasculares, tal como refleja el informe de la inspección. El consentimiento informado supone *“la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a la salud”* (artículo 3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Ley básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica). Se trataría, por tanto, en su caso, de la materialización de unos riesgos derivados de la intervención asumidos por la reclamante, que es médico, al firmar dicho documento, por lo que el supuesto daño no resulta antijurídico. De igual modo, ha resultado acreditado que, después de la intervención, las complicaciones sufridas han sido seguidas y tratadas por los facultativos que le atendieron. En este sentido, la Sección Décima de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 19 de marzo de 2026 (recurso 112/2023) señala:

“En consecuencia, el daño reclamado no reviste el carácter de antijurídico, en tanto que es una complicación posible e informada a la actora, habiéndose acreditado que se ha llevado a cabo un seguimiento y tratamiento que todos los peritos intervinientes en este procedimiento, con la única excepción del autor del informe aportado por la demandante, y, singularmente, el perito insaculado judíamente y el Informe de la Inspección, considera que fue conforme a la lex artis”.

En definitiva, según resulta de la documentación que obra en el expediente, y en particular, del informe de la Inspección Sanitaria, cabe concluir que la asistencia sanitaria dispensada a la reclamante por el Hospital General Universitario Gregorio Marañón y por el Hospital Universitario de La Princesa, se ajustó a los protocolos y guías de aplicación, en función de la sintomatología de la paciente. Por ello, entendemos que fue correcta la asistencia sanitaria que le fue prestada.

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 la Sección Décima de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, entre otras, en Sentencia de 20 de noviembre de 2025 (recurso 1031/2023), *“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”.*

Por todo lo expuesto, la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado la infracción de la *lex artis ad hoc* en la actuación del Hospital General Universitario Gregorio Marañón y del Hospital Universitario de La Princesa.

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 15 de julio de 2026

El presidente de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 451/26

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid