

Dictamen n.º: **649/25**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **03.12.25**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por unanimidad en su sesión de 3 de diciembre de 2025, emitido ante 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 D. (en adelante “*el reclamante*”), por los daños y perjuicios sufridos, que atribuye a una incorrecta asistencia médica en el Hospital Universitario del Tajo, de Aranjuez, al que acudió por una insolación, pero donde no le diagnosticaron un herpes zóster, que le produjo una parálisis facial severa.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Con fecha 9 de enero de 2024 se registra, por el representante del reclamante, escrito de responsabilidad patrimonial frente al Hospital Universitario del Tajo, por los daños y perjuicios que entiende se le han causado por parte el Servicio de Urgencias del citado hospital, donde acudió por una insolación, pero no fue debidamente diagnosticado de herpes zóster, que le produjo una parálisis facial severa.

La reclamación relata que, con fecha 27 de agosto de 2023, el reclamante es ingresado en el Servicio de Urgencias por posible insolación. Allí es tratado por una infección respiratoria que padece desde el día anterior. Comenzando a sentir falta de sensibilidad en los labios, y apareciendo una lesión en el paladar con apariencia oscura, lo comunica a los doctores, quienes, según refiere, no dan importancia a dichos síntomas.

Manifiesta que días después, fue diagnosticado de herpes zóster, por lo que, ante la falta de tratamiento inicial, se le produjo una parálisis facial con secuelas.

Por ello, solicita indemnización de daños y perjuicios que no cuantifica.

Junto a su escrito facilita documentación relacionada con la asistencia recibida en el Servicio de Urgencias, tanto del Hospital Universitario del Tajo como del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, esta última, referida a los días 28 y 30 de agosto de 2023.

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

El reclamante, de 41 años de edad en la fecha de los hechos, no contaba con antecedentes médicos destacables, si bien consta que era fumador de tabaco desde los catorce años, consumidor habitual de tóxicos y, además, se trata de un obrero expuesto al sol por motivos laborales.

Con fecha 25 de agosto de 2023, acude al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario del Tajo, derivado de su centro de salud, por un cuadro de astenia, cefalea y temperatura elevada. Se sospecha que

se debe a las condiciones de trabajo y se le diagnostica insolación (página 41 del expediente).

Al día siguiente, acude de nuevo al hospital por persistencia de fiebre, cefalea y aparición de tos seca. Se aprecia un enrojecimiento faríngeo y la presencia de ruidos respiratorios. En los estudios analíticos que se solicitan, se confirma un aumento de las cifras de proteína C reactiva respecto al día previo, así como la existencia de hipoxemia (oxígeno bajo en sangre), por lo que se decide mantener en el área de Urgencias, bajo tratamiento antibiótico y broncodilatador, para ser reevaluado de nuevo el día 27 del mismo mes.

Por ello, dicho día, es reevaluado por la misma doctora, quien confirma la mejoría general del cuadro, si bien se describe la existencia de lesiones de aspecto inflamatorio, inespecíficas, en el paladar. Es dado de alta con tratamiento específico para la infección respiratoria que presentaba y se solicita una cita en consultas de Otorrinolaringología para la valoración de las lesiones en el paladar, así como también se recomienda control por odontólogo del cuadro de gingivitis que presentaba. No obstante lo anterior, se especifica que, en caso de empeoramiento de los síntomas, acuda de nuevo a Urgencias para ser reevaluado.

El día 28 de agosto es atendido en el Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, donde es valorado por el Servicio de Cirugía Maxilofacial, que descarta un foco infeccioso y remite al paciente a seguimiento en sus consultas externas, y por el Servicio de Dermatología, quien describe la lesión, de forma inespecífica, como “*herpes zoster vs lesión tumoral vs isquémica vs infección bacteriana o fúngica vs otros*” (página 55 del expediente). La medicación se receta en consonancia con esta indeterminación: “Se recomienda, ante la posibilidad de que se trate de herpes zóster, cubrir con valaciclovir 1g/8h o aciclovir iv 5 -10 mg/kg/8h (500 mg/8h, se

pauta en Farhos) hasta resultado de PCR viral negativo. Así como valorar también cubrir otros microorganismos”.

Se le practica una tomografía computarizada de cuello, por sospecha de absceso, si bien se concluye: *“hipertrofia linfoide en estructuras del anillo Waldeyer y adenopatías cervicales significativas a estudio. Sin evidencia de abscesos, ni alteraciones inflamatorias de aspecto agudo en espacios cervicales”*. También se le realizan diversos análisis.

El 30 de agosto de 2023 es atendido de nuevo en este segundo centro hospitalario, donde es diagnosticado de parálisis facial periférica derecha y de queratitis por exposición secundario, por parálisis facial derecho. Asimismo, es examinado por el Servicio de Oftalmología, quien le receta una pomada y le insta a acudir a su hospital de referencia para solicitar revisión en la consulta de oculoplastia. El Servicio de Dermatología le pauta medicación del siguiente modo: *“tomará valaciclovir 1g/8 horas durante 10 días (dosis de zóster aunque PCR – reacción en cadena de la polimerasa -haya sido negativa, para cubrir zóster, ya que es compatible clínicamente con herpes zóster- síndrome Ramsay- Hunt, que con herpes simple)”* (página 124).

El 1 de septiembre acude al Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, quien le mantiene la medicación y los cuidados oculares y le recomienda no hacer esfuerzos. Califica la parálisis de acuerdo con la clasificación de House Brackmann, con nivel V, que es el nivel correspondiente a disfunción severa, y se le diagnostica de parálisis facial con posible lesión axonal. También es atendido en el Servicio de Dermatología quien refleja la mejoría en la lesión del paladar, la cual ya no presenta aspecto necrótico, refiriendo que sólo es una erosión con fibrina adyacente. Se le pautan unas pruebas, por sospecha de herpes zóster con parálisis facial, que darán como resultado, positivo en

citomegalovirus y en virus de Epstein-Barr y le recetan determinada medicación.

El 12 de septiembre de 2023, es examinado por el Servicio de Cirugía Maxilofacial, que acredita la evolución favorable de la lesión palatina probablemente secundaria a *“virus del herpes simple”*.

El 20 de septiembre acude al Centro de Salud de Colmenar de Oreja, para parte de confirmación de baja.

El 28 de septiembre es atendido en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, quien constata la evolución favorable.

Se hace constar que con fecha 4 de octubre mantiene la parálisis.

El 30 de octubre de 2023 es examinado por el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, que mantiene la rehabilitación y le cita para dos meses después.

El 7 de noviembre de 2023 es atendido en el Servicio de Urgencias del Centro de Salud de Colmenar de Oreja, por problemas oculares.

El 22 de noviembre de 2023, en la consulta del centro de salud, refiere que está mejor pero no tiene recuperación completa. El 22 de diciembre de 2023 acude de nuevo manifestando que se encuentra mejor y quiere volver a trabajar.

El 29 de diciembre de 2023 es examinado por el Servicio de Oftalmología de Aranjuez, a consecuencia de la parálisis facial, recetándole medicación para la misma y para unas verrugas.

El 1 de marzo de 2024 es atendido de nuevo en el Centro de Salud de Colmenar de Oreja, haciendo constar que no tiene lesiones dérmicas ni en mucosas. Persiste la disestesia en zona temporal y frontal del lado

derecho y el déficit en algunos movimientos faciales como arrugar la nariz. Refiere no oclusión completa del ojo derecho por la noche, pero ya no padece queratitis.

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).

Con fecha 2 de febrero de 2024 se notifica a la representante del reclamante, la resolución por la que se acuerda el inicio del procedimiento de responsabilidad patrimonial, requiriéndole para que acredite la representación o permitiendo que el propio reclamante firme la reclamación presentada. Asimismo, se ruega que determine la cuantía reclamada.

El 9 de febrero de 2024, el reclamante presenta la reclamación firmada por él mismo, cuantificando la indemnización en 15.000 euros.

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica del paciente y el informe de 8 de marzo de 2023, emitido por el Servicio de Urgencia Hospitalaria del Hospital Universitario del Tajo (página 120 del expediente), al amparo del artículo 81.1 de la LPAC, en cuanto servicio médico que prestó la asistencia médica objeto de reproche. Después de relatar los motivos de consulta, de los días 25 a 27 de agosto de 2023, que ninguna relación tienen *a priori* con el diagnóstico de herpes zóster, detalla cuanto sigue respecto de la atención posterior:

“3. El día 27 de agosto es reevaluado de nuevo por la propia Dra. -- quien confirma la mejoría general del cuadro (cese de la fiebre esa mañana, normalización del oxígeno en sangre –satO2 97% basal-), así como mejoría de los parámetros analíticos.

Se describe de nuevo la exploración de la orofaringe, que se muestra hiperémica, se remarca la hiperemia gingival y se describe la existencia de lesiones de aspecto inflamatorio, inespecíficas, en el paladar. Se procede al alta hospitalaria con tratamiento específico para la infección respiratoria que presentaba y se solicita una cita en consultas de Otorrinolaringología para la valoración de las lesiones en el paladar, así como también se recomienda control por odontólogo del cuadro de gingivitis que presentaba. Igualmente, se especifica que, en caso de empeoramiento de los síntomas, acuda de nuevo a Urgencias para ser reevaluado.

(...)

Por tanto, durante su valoración en nuestro centro el paciente fue valorado, entre otros aspectos, de la lesión que presentaba a nivel del paladar, presentando ésta aspecto inespecífico, y siendo remitido a consultas externas de Otorrinolaringología para la valoración específica por su parte. Transcurridas 24 horas más de evolución del cuadro esta misma lesión es valorada en el Hospital Gregorio Marañón por especialistas de Dermatología y Cirugía Maxilofacial, quienes tampoco son capaces de llevar a cabo un diagnóstico específico de la lesión y le remiten para valoración y seguimiento en las consultas externas del Servicio de Maxilofacial del HUGM.

Es bien conocido que cualquier tipo de lesión puede presentar una evolución con el paso del tiempo, y en muchas ocasiones es preciso el transcurrir del mismo para que se desarrollen determinados aspectos específicos de la misma para poder llevar a cabo un diagnóstico concreto. Pues bien, en este caso, incluso transcurridas 24 horas más de evolución del cuadro, ni siquiera los facultativos especialistas de Dermatología y de Cirugía Maxilofacial del HUGM

consiguieron establecer un diagnóstico específico para esta lesión y mantuvieron un plan diagnóstico similar al elaborado en nuestro centro, remitiendo al paciente a control en consultas externas de su respectiva especialidad del citado Centro Hospitalario.

*Por tanto, consideramos que, de acuerdo con los medios disponibles en el servicio de Urgencias del Hospital Universitario del Tajo, se actuó de forma adecuada y siguiendo la *lex artis ad hoc*”.*

El 6 de junio 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 al reclamante fue adecuada y acorde a la *lex artis* (páginas 167 y siguientes del expediente).

El 7 de julio de 2025, se notifica al reclamante el preceptivo trámite de audiencia, acompañando el expediente. No consta que formulara alegaciones.

Por la viceconsejera de Sanidad, se elabora el 24 de octubre de 2025, 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 7 de noviembre de 2025, 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 613/25, a la letrada vocal, Dña. M.^a Elena López de Ayala Casado, que formuló y firmó la oportuna

propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 3 de diciembre de 2025.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo está acompañado de documentación, adecuadamente numerada y foliada, que se considera suficiente.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior 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, (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.

El 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 Universitario del Tajo, centro sanitario integrado 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 9 de enero de 2024 y la asistencia sanitaria objeto de reproche se dispensó el 27 de agosto de 2023, por lo que ha de entenderse que la reclamación se ha interpuesto dentro del plazo fijado al efecto.

En cuanto al procedimiento seguido en la tramitación de la reclamación de responsabilidad patrimonial, se observa que en cumplimiento del artículo 81 de la LPAC se ha emitido informe por el servicio médico que intervino en la asistencia sanitaria reprochada, esto es, el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario del Tajo.

Además, se ha incorporado al procedimiento la historia clínica del paciente y se ha emitido informe por la Inspección Sanitaria, en los términos expuestos.

Tras la instrucción del expediente se confirió el trámite de audiencia al interesado, 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.

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 de la Sección Décima de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid 664/2025, de 7 de julio (procedimiento ordinario 142/2023), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, (entre otras muchas, la STS de 9 de diciembre de 2008) tiene declarado que *«(...) el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial no impide que para su exigencia, como señala la sentencia de 7 de febrero de 2006, sea imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido. A tal efecto, la jurisprudencia viene modulando el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial, rechazando que la mera titularidad del servicio determine la responsabilidad de la Administración respecto de cualquier consecuencia lesiva relacionada con el mismo que se pueda*

producir, lo que supondría convertir a la Administración en aseguradora universal de todos los riesgos, con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados que pueda producirse con independencia del actuar administrativo, siendo necesario, por el contrario, que esos daños sean consecuencia del funcionamiento normal o anormal de la Administración (Ss. 14-10-2003 y 13-11-1997). La concepción del carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial que se mantiene por la parte recurrente no se corresponde con la indicada doctrina de esta Sala y la que se recoge en la sentencia de 22 de abril de 1994, que cita las de 19 enero y 7 junio 1988, 29 mayo 1989, 8 febrero 1991 y 2 noviembre 1993, según la cual: "esa responsabilidad patrimonial de la Administración se funda en el criterio objetivo de la lesión, entendida como daño o perjuicio antijurídico que quien lo sufre no tiene el deber jurídico de soportar, pues si existe ese deber jurídico decae la obligación de la Administración de indemnizar" (en el mismo sentido sentencias de 31-10-2000 y 30-10-2003).

Se ha de precisar que cuando se trata de reclamaciones derivadas de actuaciones sanitarias, la doctrina jurisprudencial viene declarando 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, de manera que, si el servicio sanitario o médico se prestó correctamente y de acuerdo con el estado del saber y de los medios disponibles, la lesión causada no constituiría un daño antijurídico - STS de 14 de octubre de 2002, con cita de la de 22 de diciembre de 2001.

En este sentido, la STS de 9 de octubre de 2012 declaraba:

"(...) debemos insistir en que, frente al principio de responsabilidad objetiva interpretado radicalmente y que convertiría a la Administración sanitaria en aseguradora del resultado positivo y, en definitiva, obligada a curar todos las dolencias, la responsabilidad de la Administración sanitaria constituye la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, pero, en ningún caso, garantizador de resultados, en el sentido de que es exigible a la Administración sanitaria la aportación de todos los medios que la ciencia en el momento actual pone razonablemente a disposición de la medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales; conforme con este entendimiento del régimen legal de la responsabilidad patrimonial, en modo alguno puede deducirse la existencia de responsabilidad por toda actuación médica que tenga relación causal con una lesión y no concurra ningún supuesto de fuerza mayor, sino que ésta deriva de la, en su caso, inadecuada prestación de los medios razonablemente exigibles (así Sentencia de esta Sala de 25 de febrero de 2.009, recurso 9484/2004, con cita de las de 20 de junio de 2007 y 11 de julio del mismo año).

Con esto queremos decir que la nota de objetividad de la responsabilidad de las Administraciones Públicas no significa que esté basada en la simple producción del daño, pues además este debe ser antijurídico, en el sentido que no deban tener obligación de soportarlo los perjudicados por no haber podido ser evitado con la aplicación de las técnicas sanitarias conocidas por el estado de la ciencia y razonablemente disponibles en dicho momento, por lo que únicamente cabe considerar antijurídica la lesión que traiga causa en una auténtica infracción de la lex artis (...)".

También la STS de 6 de mayo de 2015 (recurso de casación n.º 2099/2013) declaraba 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.- En este caso, como hemos visto en los antecedentes, la reclamación viene a censurar la asistencia que fue prestada en el Hospital Universitario del Tajo, dado que en dicho centro no le fue diagnosticado al reclamante un herpes zóster, que le produjo una parálisis facial.

De acuerdo con las alegaciones efectuadas en la reclamación, lo relevante a la hora de enjuiciar la responsabilidad patrimonial es si efectivamente se incurrió en la mala praxis denunciada, pues como hemos señalado reiteradamente en nuestros dictámenes, en la medicina curativa nos encontramos ante obligaciones de medios y no de resultado, de tal forma que se cumple la *lex artis* cuando se utilizan todos los medios (de diagnóstico, de tratamiento, etc.) de los que se dispone. También hemos dicho con frecuencia que 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 el paciente y a las probabilidades, en función de los mismos, de que padezca una determinada patología. En este sentido,

con cita de la jurisprudencia, hemos recordado que lo que procede es un empleo de medios ordinarios y diligencia para cerciorarse de los diagnósticos que se sospechen, sin que se pueda cuestionar el diagnóstico inicial por la evolución posterior de los acontecimientos.

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”*.

Entendemos que la reclamación no ha aportado prueba alguna que venga a acreditar que la asistencia prestada fuera incorrecta en los términos que son objeto de reproche, mientras que, 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*. En este punto

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

O más recientemente, la Sentencia del mismo Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 24 de febrero de 2025 (recurso 258/2023): *“se ha tener en consideración el informe de la Inspección Sanitaria que, sin ser propiamente una prueba pericial, constituye un notable elemento de juicio cuya fuerza de convicción proviene de la circunstancia de que los médicos inspectores informan con criterios de profesionalidad e imparcialidad respecto del caso y de las partes (...)”*.

La Inspección Médica, en primer lugar, en cuanto al herpes zóster, destaca las siguientes características, que facilitan la comprensión del expediente:

“La varicela y el herpes zóster son infecciones producidas por el virus de la varicela zóster (VVZ), un virus ADN de la familia Herpesviridae que contamina exclusivamente al ser humano. La varicela se desarrolla en el momento de la primoinfección. Después, el virus permanece latente en los ganglios sensitivos (trigéminos, espino-torácicos, geniculados) y puede reactivarse y originar un herpes zóster.

(...)

El herpes zóster se manifiesta en forma de lesiones vesiculosas que se agrupan en uno o, con menos frecuencia, dos dermatomas adyacentes (...)

Los fármacos antivirales son eficaces para tratar el herpes zóster. En los adultos sanos, el Aciclovir (800 mg v.o. cinco veces al día durante 5 días), el famciclovir (500 mg v.o. cada 8 horas durante 7 días) y el valaciclovir (1.000 mg v.o. cada 8 horas durante 7 días) reducen la duración de la enfermedad, pero no previenen el desarrollo de neuralgia postherpética. Es fundamental iniciar cuanto antes la terapia antiviral, pues más allá de las 72 horas tras el inicio del exantema cutáneo la eficacia es menor.

Una complicación temida del herpes zóster es la neuralgia postherpética, con dolor que persiste durante al menos 1 mes después de la resolución del exantema. Los factores de riesgo son edad avanzada e inmunodepresión grave.

Los pacientes pueden tener alodinia (sensación de dolor después de estímulos no dolorosos), parestesias, disestesias o dolor neuropático intenso.

Otras complicaciones del zóster son la sobreinfección bacteriana; la enfermedad ocular, que afecta a cualquiera de las estructuras del ojo, debida a la reactivación en la rama oftálmica de los ganglios del trigémino; la parálisis facial (de Bell) causada por la reactivación en el VII par craneal; síndrome de Ramsay Hunt, con dolor y vesículas en el oído, entumecimiento de la parte anterior de la lengua y parálisis facial ipsilateral debida a una reactivación en el ganglio geniculado del VII par craneal; neuropatía motora, y meningitis.

(...)

La infección por herpes zóster es un diagnóstico clínico y el tratamiento debe comenzar basándose en los hallazgos clínicos. Si existen dudas diagnósticas, puede confirmarse el diagnóstico mediante PCR del ADN del VVZ o biopsia cutánea.

Por lo general están indicados los antivíricos, sobre todo en las 48 horas siguientes al inicio del exantema, para acortar la duración de los síntomas y mitigar el dolor asociado.

(...)

Las parálisis faciales (PF) pueden tener un origen central o periférico. Las parálisis faciales centrales se deben a una lesión supranuclear y las parálisis faciales periféricas, a una lesión del núcleo pontino del VII o del tronco del nervio en su trayecto desde el ángulo pontocerebeloso hasta la parótida”.

A continuación, desarrolla la parálisis facial y hace un juicio crítico del tratamiento recibido en Urgencias del hospital, cuya actuación reprocha el reclamante.

Así refiere que la actuación del día 25 de agosto, atendido por insolación es acorde con la práctica médica habitual. El día siguiente acude de nuevo por empeoramiento y fiebre alta, por lo que permanece en observación hasta el día 27, siendo dado de alta por mejoría. Ante las lesiones en el paladar se recomienda valoración por el Servicio de Otorrinolaringología y ante la gingivitis, valoración por el dentista. Este día se indica el siguiente diagnóstico principal: infección respiratoria de vías bajas e hiperreactividad bronquial.

Respecto a la atención recibida el 28 de agosto, ya en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, donde es diagnosticado en Urgencias inicialmente de probable cuadro viral, con exploración

neurológica sin alteraciones, se advierte que es diagnosticado de una lesión mucosa que se remite a estudio, destacando que se le trata, ante la posibilidad de que se trate de un herpes zóster, con los medicamentos propios de esta enfermedad, por lo que se considera correcta la actuación del hospital.

Igualmente, estima adecuada, la actuación del día 30 de agosto, cuando recibidos los resultados de PCR, son positivos para virus de herpes simple y negativos para virus de herpes Zoster. Dado que este resultado es compatible con herpes zóster- síndrome Ramsay-Hunt se le pauta valaciclovir 1g cada 8 horas durante 10 días.

De ello se colige que, habiendo acudido el interesado al Servicio de Urgencias del Hospital del Tajo, por un cuadro independiente de los síntomas del herpes zóster y habiendo visto las lesiones en el paladar, fue derivado al especialista. No obstante, acudió antes a otro centro hospitalario, donde, pese a la evolución, no pudieron apreciar en un primer momento dicho diagnóstico.

En consecuencia, concluye el informe de Inspección:

“Como recoge la bibliografía consultada la infección por herpes zóster es un diagnóstico clínico y el tratamiento debe comenzar basándose en los hallazgos clínicos. Si existen dudas diagnósticas, puede confirmarse el diagnóstico mediante PCR del ADN del VVZ o biopsia cutánea.

Por lo general están indicados los antivíricos, sobre todo en las 48 h siguientes al inicio del exantema, para acortar la duración de los síntomas y mitigar el dolor asociado.

Los fármacos antivirales son eficaces para tratar el herpes zóster. En los adultos sanos, el Aciclovir (800 mg v.o. cinco veces al día durante 5 días), el famciclovir (500 mg v.o. cada 8 horas durante 7

días) y el valaciclovir (1.000 mg v.o. cada 8 horas durante 7 días) reducen la duración de la enfermedad, pero no previenen el desarrollo de neuralgia postherpética.

Por lo tanto, aun en el caso de que se hubiera llegado a un diagnóstico en la primera atención de urgencia, se hubieran podido aliviar los síntomas, pero esto no hubiera evitado la aparición de la neuralgia postherpética

A partir de la aparición de la neuralgia facial, mantiene seguimiento con Dermatología y Cirugía Maxilofacial, evolucionando favorablemente con informe de revisión el 30 de septiembre de 2023”.

En esta línea, el informe del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario del Tajo justifica que “*cualquier tipo de lesión puede presentar una evolución con el paso del tiempo, y en muchas ocasiones es preciso el transcurrir del mismo para que se desarrollen determinados aspectos específicos de la misma para poder llevar a cabo un diagnóstico concreto*”, como aconteció en el caso planteado. Destaca que incluso transcurridas 24 horas más de evolución del cuadro “*ni siquiera los facultativos especialistas de Dermatología y de Cirugía Maxilofacial del HUGM consiguieron establecer un diagnóstico específico para esta lesión y mantuvieron un plan diagnóstico similar al elaborado en nuestro centro, remitiendo al paciente a control en consultas externas de su respectiva especialidad del citado Centro Hospitalario*”.

Asimismo, podemos destacar que el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, el día 1 de septiembre de 2024, todavía no confirma el herpes zóster, pues sólo ratifica la existencia de herpes simple tipo 1, aunque se le pauta medicación, por sintomatología compatible con herpes zóster (página 126 del expediente).

Al respecto de la controversia médica que nos ocupa, el eventual retraso diagnóstico del herpes zóster por el paciente, no sería ocioso recordar que, como ya indicamos, entre otros, en los dictámenes 171/19, de 22 de abril, y 87/20, de 27 de febrero, es evidente que el diagnóstico clínico es un proceso sumamente complejo, que se realiza en función de los síntomas que presenta cada paciente y de la manifestación de los mismos, que permiten al facultativo decidir la realización de pruebas diagnósticas que, a su vez, perfilan el diagnóstico final.

En esta línea, como destaca la Sentencia de la Sección Décima de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 13 de enero de 2022 (procedimiento 640/2018), *“la fase de diagnóstico es una de las más importantes y difíciles de la práctica médica a la que se llega después de un proceso de aproximaciones sucesivas que requiere del examen de la historia clínica, la exploración física y las pruebas complementarias pertinentes al caso y que se efectúan progresivamente para llegar al diagnóstico concreto. Se trata de un proceso complejo en el que intervienen muchos factores y en sus primeras fases resulta difícil poder hablar de un error, dado que determinadas sintomatologías pueden sugerir diversas patologías que deben ser, o no, descartadas. No obstante, lo anterior, respecto al error de diagnóstico es importante advertir que para que éste sea generador de responsabilidad es necesario que atendidas las circunstancias del caso y en particular el estado de conocimiento de la ciencia en el momento de producirse el evento lesivo, pueda afirmarse que resultaba factible para el servicio sanitario realizar dicho diagnóstico y que el mismo, de haberse realizado, posibilitara alguna oportunidad de curación. En definitiva, es necesario que la falta de diagnóstico, o bien su error o su retraso sea imputable a la Administración y por ello sea determinante de la lesión del derecho del paciente a un diagnóstico correcto en tiempo oportuno”*.

De igual modo, ha de considerarse que, como ha manifestado reiteradamente este órgano consultivo (entre otros dictámenes 336/21, de 13 de julio y 28/23, de 19 de enero), la asistencia médica ha de atender a las circunstancias y a los síntomas del paciente, mediante un juicio ex ante y no ex post, a efectos de no incurrir en lo que se ha denominado prohibición de regreso, a la que se refiere la Sentencia de 28 de septiembre de 2023, de la Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Décima, del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, (Procedimiento 797/2021), según la cual *“es necesario recordar, como hace la STS, sec. 5ª, de 11 de julio de 2017 (rec. 1406/2015) que las condiciones del diagnóstico han de ser valoradas conforme a las circunstancias del momento en que se había de hacer ese diagnóstico y no conforme a la información que en el momento de la sentencia y tras el curso causal, generalmente fatídico o perjudicial se ha desarrollado, pues ello sería crear o valorar condiciones y circunstancias inexistentes o una realidad que no sería tal”*.

Así dice la mencionada sentencia que *“(...) la doctrina jurisprudencial de la "prohibición de regreso" (SSTS, Sala 1ª, de 14 y 15/febrero/2006, 7/mayo y 19/octubre/2007, 29/enero, 3/marzo o 10/diciembre/2010, 20/mayo y 1/junio/2011, por todas), que impide sostener la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o retraso diagnóstico o la inadecuación del tratamiento, sólo mediante una regresión a partir del desgraciado curso posterior seguido por el paciente, ya que dicha valoración ha de efectuarse según las circunstancias concurrentes en el momento en que tuvieron lugar; en definitiva, es la situación de diagnóstico actual la que determina la decisión médica adoptada valorando si conforme a los síntomas del paciente se han puesto a su disposición las exploraciones diagnósticas indicadas y acordes a esos síntomas, no siendo válido, pues, que a partir del diagnóstico final se considere las que pudieron haberse puesto si en aquel momento esos síntomas no se daban»*.

La asistencia dispensada al paciente, se centra esencialmente en el Servicio de Urgencias, siendo así que, sin perjuicio de lo señalado por la Inspección Médica sobre la corrección de su actuación, no sería ocioso considerar la configuración que de dicho servicio hace 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, al establecer en su Anexo IV que la atención en los servicios de Urgencias es aquella *“(...) que se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata”* de tal forma que *“una vez atendida la situación de urgencia, se procederá al alta de los pacientes o a su derivación al nivel asistencial más adecuado y, cuando la gravedad de la situación así lo requiera, al internamiento hospitalario, con los informes clínicos pertinentes para garantizar la continuidad asistencial”*. Así, tal y como se desprende del expediente, el reclamante fue objeto de una atención completa en el Servicio de Urgencias, con realización de las pruebas diagnósticas pertinentes a la patología padecida y a la sintomatología concurrente, por lo que en línea con lo informado por la Inspección no sería de apreciar irregularidad asistencial alguna.

En definitiva, según resulta de los informes médicos que obran en el expediente, y en particular, del informe de la Inspección Sanitaria, cabe concluir que la asistencia sanitaria dispensada al reclamante por el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario del Tajo, se ajustó a los protocolos y guías de aplicación en función de la sintomatología del paciente, aunque desgraciadamente no se pudo evitar la parálisis facial, que no es atribuible a la atención médica prestada sino al propio virus, tal como ha avalado el criterio médico y, en particular, la relevante opinión de la Inspección Sanitaria.

En mérito a cuanto antecede, 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 de los facultativos del Hospital Universitario del Tajo.

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 diciembre de 2025

El Presidente de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 649/25

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid