

Dictamen n.º: **144/26**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **11.03.26**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 11 de marzo de 2026, 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, a través de su representante, por Dña. por los daños y perjuicios sufridos, que atribuye al error de diagnóstico de un carcinoma epidermoide en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, de Madrid (HUGM).

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 10 de abril de 2024 la persona mencionada en el encabezamiento presenta, a través de su representante, un escrito registrado en el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), en el que solicita el inicio de un procedimiento de responsabilidad patrimonial, señalando que, con fecha 31 de marzo de 2023, acudió al Servicio de Urgencias del HUGM, por un bultoma en la región mandibular izquierda, que había aparecido aproximadamente un mes antes.

Añade en su reclamación que, tras la realización de diversas pruebas, el 4 de abril de 2023 fue diagnosticada por los servicios de Anatomía Patológica y Cirugía Maxilofacial del HUGM de un carcinoma

epidermoide moderadamente diferenciado en la fosa nasal izquierda, de manera que se le propuso una resección mediante abordaje endoscópico o combinado por vía sublabial, junto con un vaciamiento funcional izquierdo, intervención programada para el 5 de mayo de 2023.

Continúa narrando en su reclamación que fue citada el 27 de abril de 2023 y se solicitó una tomografía computarizada de tórax, abdomen y pelvis para evaluar la extensión del tumor, si bien añade que esta prueba diagnóstica no consta en la historia clínica de la que dispone.

Señala a continuación que el 5 de mayo de 2023 se llevó a cabo la intervención quirúrgica en el citado HUGM y se *“realizó un vaciamiento supraomohideo izquierdo y radical de la celda submaxilar izquierda incluyendo platisma, glándula submaxilar izquierda y parte del músculo masetero, así como resección de tumoración de cornete inferior izquierda”*.

Continúa su reclamación añadiendo que, a consecuencia de dicha intervención, *“experimentó complicaciones postoperatorias que incluyeron edema y celulitis facial izquierda, así como una parálisis facial de la rama marginal izquierda y parálisis del nervio espinal, confirmada mediante estudio electromiográfico”*, resultando del informe anatomopatológico *“la presencia de una infiltración ganglionar por linfoma T/NK extranodal en el vaciamiento funcional izquierdo, así como infiltración por carcinoma escamoso queratinizante moderadamente diferenciado y linfoma T/NK extranodal tipo nasal en la tumoración del cornete inferior izquierdo”*.

Según señala, en el mes de junio de 2023 solicitó la revisión de las muestras de biopsia y resección de tumoración nasal tanto en el Hospital Universitario de La Paz (HULP), como en un hospital privado, para una segunda opinión, arrojando como diagnóstico un linfoma no Hodgkin T/NK extranodal nasal y ausencia de componente de carcinoma epidermoide.

De todo ello concluye que fue erróneamente diagnosticada de un carcinoma epidermoide, siendo sometida a una intervención quirúrgica que la ha provocado graves secuelas médicas y estéticas, cuando en realidad padecía un linfoma no Hodgkin T/NK extranodal nasal, que no precisaba de la cirugía llevada a cabo. En concreto, señala, entre otras secuelas, que *“padece de una resección de la rama marginal del nervio facial que le causa una asimetría de la sonrisa, con inflamación e hinchazón en su pómulo izquierdo, causando un grave perjuicio estético que afecta psicológicamente a su calidad de vida, así como problemas de movilidad en su hombro izquierdo”*.

La reclamante concreta en su escrito los reproches que realiza a la asistencia que le fue prestada por los servicios de Anatomía Patológica y Cirugía Maxilofacial del HUGM y que son los siguientes: (i) error de diagnóstico del carcinoma epidermoide; (ii) ausencia de realización, con carácter previo a la cirugía, de una tomografía computarizada (TC) torácico-abdominal o una tomografía por emisión de positrones (PET-TC) que, según figura en los informes médicos que dispone fue solicitada, pero que no consta que fuera llevada a cabo, resultando crucial para la evaluación del diagnóstico seguido y; (iii) ausencia por parte de los cirujanos de un estudio de las adenopatías previo al tratamiento, y todo ello, sin perjuicio de, según señala, *“reservarse la posibilidad de indicar nuevas acciones u omisiones generadoras de responsabilidad hasta el momento en que se ponga a su disposición copia íntegra de su historia clínica”*.

Por todo ello solicita ser indemnizada, si bien añade que no puede determinar el importe de esta indemnización, por no disponer del historial médico completo y, por tanto, de elementos de criterio suficientes para poder determinar el alcance de la gravedad de las actuaciones que produjeron el daño, y ello sin perjuicio de que en el momento en el que fuera posible a lo largo del procedimiento realizar la

correspondiente cuantificación económica del daño que, señala, lógicamente, deberá incluir el daño moral y el perjuicio económico causado.

Acompaña con su escrito de reclamación una escritura de otorgamiento poder general para pleitos en favor de su representante e informes médicos del HULP y del hospital privado al que acudió.

SEGUNDO.- Consta en el expediente la historia clínica de la paciente del HUGM, del HULP y del Centro de Salud Los Rosales, extrayéndose de su examen los siguientes hechos que se consideran de interés para la emisión del dictamen:

Se trata de una paciente, nacida en noviembre de 1976, y con antecedentes patológicos de alergia al ácido acetilsalicílico.

Con fecha 31 de marzo de 2023, la reclamante acude al Servicio de Urgencias del HUGM por un bultoma en la región mandibular izquierda, de aproximadamente un mes de evolución, que refiere ha aumentado de tamaño, siendo el diagnóstico principal “*tumoración mandibular izquierda a estudio*” y siendo citada para consulta de Cirugía Maxilofacial para el día 4 de abril de 2023.

El día señalado acude a dicha consulta, volviendo al día siguiente, y en ella se observa lesión exofítica eritematosa, pediculada en la fosa nasal izquierda y un nódulo de 1 cm en la zona mandibular derecha, solicitándose TAC de cuello y senos y tomándose una biopsia nasal.

El 17 de abril de 2023, en consulta del Servicio de Otorrinolaringología, TAC cervical y de senos, cuyo resultado es: “*se aprecian dos lesiones nodulares con áreas de necrosis interna submaxilares izquierdas: una de 20 mm adyacente a la glándula submaxilar y otra de aproximadamente 9 inmediatamente caudal al músculo masetero ...se acompaña de una lesión mucosa captante que se*

extiende desde el suelo / pared lateral de la apertura piriforme izquierda a la mucosa medial y caudal de la concha inferior, sin claras áreas de erosión / infiltración ósea...respecto a las estructuras de la cavidad oral no se aprecian lesiones sospechosas de tumores primarios no obstante la valoración de la misma se encuentra limitada por artefactos. Los hallazgos citados obligan a considerar como primera posibilidad diagnóstica un carcinoma nasal con adenopatías ipsilaterales lb. En el caso de confirmarse la naturaleza neoplásica de la lesión nasal esta correspondería a un estadio T1 N2b”.

El diagnóstico principal es de “*carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado*”.

El 18 de abril de 2023 se realiza a la paciente TC toraco-abdomino-pélvico de extensión del tumor, del que resulta “*mínimo tejido de partes blandas mal definido en la región supraclavicular izquierda, a controlar evolutivamente. No se observan signos de extensión a distancia de su enfermedad*”.

Con fecha 24 de abril de 2023, en sesión clínica del Servicio de Otorrinolaringología se propone cirugía para extirpar el tumor nasal y vaciar los ganglios del cuello izquierdo (resección nasal y vaciamiento ganglionar funcional), informándose a la paciente de los riesgos derivados de esta intervención y firmando ésta los correspondientes documentos de consentimiento informado.

El 5 de mayo de 2023 tiene lugar la intervención quirúrgica y, con fecha 9 de mayo, se da el alta a la reclamante, constando en el informe “*paciente en buen estado general. Tolerando y deambulando sin incidencias. Algo nerviosa por los cuidados en domicilio. Afebril y con dolor controlado*”. Queda pendiente de consultas posteriores en el Servicio de Otorrinolaringología.

Los resultados de Anatomía Patológica de la pieza quirúrgica de la intervención de 5 de mayo de 2023, comunicados a la reclamante el 23 de mayo, son los siguientes:

“A.- Vaciamiento funcional izquierdo con glándula submaxilar y parte de masetero: Infiltración ganglionar por Linfoma T/NK extranodal, tipo nasal, con extensión extracapsular en 6 de 57 ganglios, con afectación de la glándula submaxilar y del tejido muscular. No se observa metástasis por carcinoma.

B.- Cabeza de cornete medio: Mucosa respiratoria, sin evidencia de malignidad.

C.- Cola de cornete medio: Mucosa respiratoria, sin evidencia de malignidad.

D.- Borde anteroinferior: Mucosa respiratoria, sin evidencia de malignidad.

E.- Segmento anterior de hueso de cornete inferior: Mucosa respiratoria, sin evidencia de malignidad.

F.- Tumoración de cornete inferior izquierdo: Infiltración por Carcinoma escamoso queratinizante moderadamente diferenciado y Linfoma T/NK extranodal, tipo nasal.

G.- Lecho septal medio inferior: Infiltración por Linfoma T/NK extranodal, tipo nasal.

H.- Borde posterior de antrostomía: Infiltración por Linfoma T/NK extranodal, tipo nasal.

1.- Borde del seno maxilar: Mucosa respiratoria, sin evidencia de malignidad.

J.- Pared medial de seno maxilar: Mucosa respiratoria, sin evidencia de malignidad”.

Los días 29 y 31 de mayo de 2023 la reclamante acude a consulta del Servicio de Otorrinolaringología del HUGM y se le explica las posibilidades para simetrizar la cara, ya que los resultados de una eventual reparación de la rama marginal son muy pobres, solicitando la paciente un informe para valorar segunda opinión para reparación de la parálisis de la rama marginal del nervio facial izquierdo

El mismo 29 de mayo de 2023, en primera consulta con el Servicio de Hematología del HUGM, se explica a la paciente el diagnóstico, pronóstico y posibles opciones de tratamiento según resultados de PET-TAC, refiriendo la reclamante que “*creo que debe ser un error*”, y exigiendo la revisión del caso por parte de Anatomía Patológica, explicándosele que el diagnóstico se ha realizado en múltiples biopsias diferentes, siendo todas ellas concluyentes.

La reclamante solicitó una segunda opinión al HULP que, con fecha 16 de junio de 2023, diagnostica una “*infiltración por un linfoma no Hodgkin T-NK ex tranodal, tipo nasal con afectación de material etiquetado como cornete y pared lateral inferior izquierda de fosa nasal así como infiltración parcial de ganglios linfáticos remitidos. Mucosa con hiperplasia pseudocarcinomatosa del epitelio pavimentoso (hiperplasia pseudoepiteliomatosa)*”.

También fue solicitada la opinión de un hospital privado que el 7 de junio de 2023 diagnosticó “*tumoración fosa nasal izquierda y ganglios cervicales izquierdos: linfoma T/NK extranodal de tipo nasal*”.

Tras consultas el 12 y el 15 de junio de 2023 en el Servicio de Otorrinolaringología del HUGM, en esta última se hace constar que *“a pesar del tratamiento con corticoides a dosis de 1 mgr/kgr el edema periorbitario sigue progresando. Le ha aparecido una pequeña lesión amoratada en el paladar duro. Revisión del TC del 9 de junio de 2023 con neurorradiólogos y se aprecia una zona sospechosa extraorbitaria vecina al canto interno y surco nasofacial, así como una erosión del paladar duro, ambas no existentes previamente y una dudosa afectación del canal infraorbitario (no refiere parestesia ni hipoestesia), todas ellas no presentes preoperatoriamente y que hacen sospechar recurrencia/extensión multifocal”*.

El 26 de junio de 2023, tras llamada a la paciente sin respuesta, el Servicio de Hematología del HUGM señala que el diagnóstico es *“linfoma no hodgkin t/nk extranodal tipo nasal, estadio iv (afectación supra e infradiafragmática y pulmonar)”*, haciéndose constar lo siguiente, *“el 21 de junio de 2023 contacto con la paciente telefónicamente. Me refiere que está peor del edema facial, que actualmente no tiene visión del ojo izquierdo 2° al edema. No ha tenido fiebre ni otra sintomatología. Le indico que tenemos cama disponible para ingreso mañana por la tarde para inicio de tratamiento el día 23/06. En primer lugar me pregunta de nuevo por el tratamiento que debe recibir expresando múltiples dudas al respecto. Le explico nuevamente con todas las especificaciones de tipo de tratamiento, quimioterápicos, días de tratamiento y efectos adversos asociados. Me comenta que no le es posible ingresar hoy y que solo podrá a partir del martes de la próxima semana. Le explico que no puedo asegurar la disponibilidad de cama para ese día específico. Le explico que debe acudir a urgencias en caso valoración si empeoramiento para inicio de tratamiento. Contactaré el lunes con la paciente. Programaré ingreso”*. Se añade en el informe de esta consulta que *«a pesar de las múltiples explicaciones y las opiniones concordantes sobre el diagnóstico y su tratamiento la paciente continúa con múltiples dudas sobre su manejo y la actitud a tomar. Además, después de explicarle de nuevo todo el*

diagnóstico, su agresividad y su eventual gravedad en el caso de no iniciar pronto el tratamiento, explica que tiene mucho "miedo" con la quimioterapia y las toxicidades relacionadas. De nuevo insisto en la importante de empezar cuanto antes con el tratamiento. La paciente expresa que quiere tratarse en nuestro centro y solicita 2 días para pensar y valorar si quiere o no tratarse».

El 24 de junio de 2023 tiene lugar el ingreso programado de la reclamante en el Servicio de Hematología del HULP para iniciar tratamiento de quimioterapia con protocolo SMILE. Cuatro ciclos de quimioterapia (el último con quimioterapia SMILE intensificada).

La resonancia magnética de 12 de septiembre de 2023 y la PET-TC de 28 de septiembre realizadas a la reclamante muestran respuesta parcial al tratamiento, de manera que el 23 de octubre se le realiza trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (AutoTPH) con acondicionamiento BEAM.

El 8 de noviembre de 2023 se da el alta hospitalaria a la reclamante por buena evolución clínica y analítica, siendo el diagnóstico principal *“linfoma T/NK extranodal estadio IV en respuesta parcial tras 4º ciclo de quimioterapia con protocolo SMILE”*.

El 15 de diciembre de 2023, tras resonancia magnética de senos paranasales, resulta *“sospecha de progresión tumoral (posible reaparición del linfoma en la zona nasal)”*, programándose para el 19 de diciembre de 2023 la realización de una PET-TC y tras el resultado de éste proponiéndose a la reclamante la administración de tratamiento de consolidación que la paciente rechaza.

Posteriormente acude a consultas con los Servicios de Oftalmología, Cirugía Maxilofacial y Otorrinolaringología del HULP, constando en el informe correspondiente a la consulta en el Servicio de Hematología de

este hospital: *“resonancia magnética de 29 de febrero de 2024: antrectomía, resección maxilar y nasal, y submaxilectomía izquierdas. Sin signos de recidiva (realizado en privada también)”*.

TERCERO.- Presentada la reclamación anterior, por el Servicio Madrileño de Salud se inicia el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo de lo establecido en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC), dándole traslado el 18 de abril de 2024 a la reclamante de su admisión a trámite e indicándole que podía aportar al expediente administrativo copia de la historia clínica del hospital privado que refiere en su reclamación.

Con fecha 28 de junio de 2024, la entidad aseguradora del SERMAS acusa recibo de la remisión de la reclamación

Como ya hemos referido, se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la reclamante del HUGM, del HULP y del Centro de Salud Los Rosales.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 81 de la LPAC, han emitido informe el Servicio de Anatomía Patológica y el de Otorrinolaringología, ambos del HUGM, con fechas 11 de julio y 10 de julio de 2024, respectivamente.

El primero de ellos, después de describir tanto la biopsia diagnóstica como la de la pieza quirúrgica, concluye que, ante los hallazgos histopatológicos descritos, *“se confirma el diagnóstico previo emitido de una asociación inusual de un carcinoma de células escamosas queratinizante moderadamente diferenciado y de un /infama T/NK extranoda/, tipo nasal”*.

Por su lado el Servicio de Otorrinolaringología detalla las diferentes consultas realizadas a la paciente en su Servicio analizando a

continuación los tres reproches en los que concreta su reclamación la paciente.

Con fecha 21 de febrero de 2025, la reclamante, a través de su representante, solicita el impulso de las actuaciones. Esta petición fue contestada el 24 de febrero de 2025, refiriendo que se había solicitado informe a la Inspección Sanitaria y que, una vez éste fuera recibido, se procedería a darle trámite de audiencia, facilitándole copia de toda la documentación existente en el expediente, con objeto de que pudiera formular las alegaciones que tuviera por conveniente.

Con fecha 24 de julio de 2025, la Inspección Sanitaria emite informe, en el que, después de hacer una detallada relación de los hechos, realiza una serie de consideraciones médicas en relación con (i) el linfoma no Hodgkin T/NK extranodal tipo nasal avanzado; (ii) la interpretación del informe anatomopatológico; (iii) la necesidad de cirugía en casos de sospecha de carcinoma nasal con afectación ganglionar; (iv) los protocolos de intervención quirúrgica en cirugía maxilofacial y otorrinolaringología y; (v) la lesión del nervio facial en vaciamiento ganglionar, concluyendo que la asistencia sanitaria dispensada a la reclamante fue adecuada y de acuerdo a la *lex artis*.

Con fecha 20 de octubre de 2025, de conformidad con el artículo 82 de la LPCA, se procede a dar trámite de audiencia a la reclamante, no constando la presentación de alegaciones por su parte.

Finalmente, se dicta propuesta de resolución por la viceconsejera de Sanidad y directora general del Servicio Madrileño de Salud, en fecha 20 de enero de 2026, en la que se desestima la reclamación indemnizatoria presentada, por entender no acreditado el daño antijurídico alegado por la reclamante.

CUARTO.- El 2 de febrero de 2026, tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente al letrado vocal D. Ángel Chamorro Pérez, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 11 de marzo 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 indeterminada, y a solicitud de la consejera de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero (ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, se regula en la LPAC de conformidad con su artículo 1.1, la cual 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.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4

de la LPAC en relación con el artículo 32.1 de la LRJSP, en cuanto recibió la asistencia sanitaria que es objeto de reproche. Actúa a través de representante habiéndose justificado adecuadamente esta representación.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, ya que el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado por personal sanitario del HUGM, centro hospitalario perteneciente a su red sanitaria pública.

Por último y 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 la responsabilidad patrimonial de la Administración prescribe al año de manifestarse el efecto lesivo y de que se haya determinado el alcance de las secuelas.

En este sentido, la reclamante fue intervenida quirúrgicamente el 5 de mayo de 2023 y obtuvo el diagnóstico correcto en el mes de junio de 2023, por lo que la reclamación, de 10 abril de 2024, ha sido presentada el plazo legalmente establecido, con independencia de la fecha de determinación del alcance de las eventuales secuelas.

El procedimiento seguido no adolece de ningún defecto de anulabilidad o nulidad, por cuanto se han llevado a cabo todas las actuaciones necesarias para alcanzar adecuadamente la finalidad procedimental y, así, se ha solicitado el informe preceptivo previsto en el artículo 81.1 de la LPAC, esto es, de los servicios de Anatomía Patológica y de Otorrinolaringología implicados en el proceso asistencial por el que se reclama. También se emitió informe por la Inspección Sanitaria, tras lo cual, conforme a lo dispuesto en el artículo 82 de la LPAC, se dio audiencia, a la reclamante, que no realizó alegaciones. Finalmente, se ha formulado la correspondiente propuesta de resolución, en sentido desestimatorio de la reclamación.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 106.2 de la Constitución Española, que 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, previsión desarrollada por la LRJSP.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada (por todas, las Sentencias del Tribunal Supremo de 5 de noviembre de 2012 y de 29 de julio de 2013), 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 de casación 1515/2005) y otras sentencias allí recogidas, *“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 derivados de la actuación administrativa”*.

También es doctrina jurisprudencial consolidada la que entiende que esa responsabilidad patrimonial 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, aunque es imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, dado que no es posible constituir a la Administración en aseguradora universal (Sentencias del Tribunal Supremo de 21 de julio y 14 de noviembre de 2011).

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2022 (recurso 771/2020), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo:

*«el hecho de que la responsabilidad extracontractual de las Administraciones públicas esté configurada como una responsabilidad objetiva no quiere decir, ni dice, que baste con haber ingresado en un centro hospitalario público y ser sometido en el mismo al tratamiento terapéutico que el equipo médico correspondiente haya considerado pertinente, para que haya que indemnizar al paciente si resultare algún daño para él. Antes, al contrario: para que haya obligación de indemnizar es preciso que haya una relación de antijurídico, es decir: que se trate de un daño que el paciente no tenga el deber de soportar, debiendo entenderse por daño antijurídico, el producido (cuando) no se actuó con la diligencia debida o no se respetó la *lex artis ad hoc*.*

En consecuencia, lo único que resulta exigible a la Administración Sanitaria " ... es la aplicación de las técnicas sanitarias en función del

conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en este tipo de responsabilidad es una indebida aplicación de medios para la obtención de resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente."

En la mayoría de las ocasiones, la naturaleza jurídica de la obligación de los profesionales de la medicina no es la de obtener en todo caso la recuperación de la salud del enfermo, obligación del resultado, sino una obligación de medios, es decir, se obligan no a curar al enfermo, sino únicamente a dispensarle las atenciones requeridas, según el estado de la ciencia (SS del TS de 4 de febrero y 10 de julio de 2002 y de 10 de abril de 2003).

*En definitiva, el título de imputación de la responsabilidad patrimonial por los daños o perjuicios generados por el funcionamiento normal o anormal de los servicios de asistencia sanitaria, no consiste sólo en la actividad generadora del riesgo, sino que radica singularmente en el carácter inadecuado de la prestación médica llevada a cabo, que puede producirse por el incumplimiento de la *lex artis* o por defecto, insuficiencia o falta del servicio.*

A lo anterior hay que añadir que no son indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido evitar o prever según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento que se producen aquéllos, de suerte que si la técnica empleada fue correcta de acuerdo con el estado del saber, el daño producido no sería indemnizable por no tratarse de una lesión antijurídica sino de un riesgo que el paciente tiene el deber de soportar y ello aunque existiera un nexo causal.

En la asistencia sanitaria, el empleo de la técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad

entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido ya que cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si a pesar de ello causó el daño o más bien pudiera obedecer a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente».

CUARTA.- Del breve 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.

A estos efectos, la reclamación refiere mala praxis profesional, en concreto un error de diagnóstico que supuso que tuviera que ser intervenida quirúrgicamente, derivándose de esta intervención graves secuelas médicas y estéticas, entre otras, *“una resección de la rama marginal del nervio facial que le causa una asimetría de la sonrisa, con inflamación e hinchazón en su pómulo izquierdo, causando un grave perjuicio estético que afecta psicológicamente a su calidad de vida, así como problemas de movilidad en su hombro izquierdo”.*

Concretado el daño en los términos anteriormente expuestos, vamos a analizar los reproches del interesado, que concreta en los siguientes: (i) error de diagnóstico del carcinoma epidermoide; (ii) ausencia de realización, con carácter previo a la cirugía, de una tomografía computarizada torácico-abdominal o una tomografía por emisión de positrones (PET-TC) y; (iii) ausencia por parte de los cirujanos de un estudio de las adenopatías.

Nos referiremos a continuación para una mayor claridad a cada uno de los tres reproches formulados por la reclamante.

Reprocha en primer lugar un error de diagnóstico del carcinoma epidermoide, lo que motivó que fuera intervenida quirúrgicamente, derivándose de esta intervención, según señala, graves secuelas médicas y estéticas.

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

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

Al respecto, las Sentencias del Tribunal Supremo de 18 de julio de 2016 (recurso 4139/2014) y de 16 de marzo de 2016 (recurso 2228/2014) destacan que *“la asistencia sanitaria es una obligación de medios y no de resultados, de modo que no puede apreciarse responsabilidad cuando se han empleado las técnicas y los instrumentos de que se dispone. Y es precisamente lo acaecido en este caso, en el que se han ido poniendo los medios adecuados, realizando pruebas diagnósticas, acordes con lo que sugerían, desde el punto de vista médico, las diferentes dolencias del recurrente”*.

Doctrina del Tribunal Supremo recogida en la Sentencia de la Sección Décima de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, entre otras, en su Sentencia de 6 de noviembre de 2025 (recurso 852/2023).

En el mismo sentido se pronuncia la reciente Sentencia del Tribunal Supremo de 27 de enero de 2026 (recurso 5434/2024):

“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”.

Para determinar la supuesta infracción de la *lex artis* debemos partir de la regla general de que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido se ha pronunciado la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de junio de 2017 (recurso 909/2014), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

Corresponde, por tanto, al reclamante probar con medios idóneos que la asistencia prestada no fue conforme a la *lex artis*, pues como

declaran la Sentencias de la Sección Décima de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 6 de noviembre de 2025 (recurso 852/2023) y de 7 de julio de 2025 (recurso 142/2023) *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica...”*.

Pues bien, en este caso la reclamante ha incorporado al procedimiento los diagnósticos obtenidos en el HULP y en un hospital privado, de los que se infiere la existencia de un linfoma no Hodgkin T/NK extranodal nasal y la ausencia de componente de carcinoma epidermoide.

Sin embargo, el informe del Servicio de Anatomía Patológica del HUGM indica que, en relación con la biopsia realizada por el Servicio de Cirugía Maxilofacial, que e tal como se indica en la literatura, *“el diagnóstico diferencial entre carcinoma de células escamosas e hiperplasia pseudocarcinomatosa es especialmente complejo”*.

Así mismo, y en relación en la biopsia de la pieza quirúrgica de la cirugía realizada por el Servicio de Otorrinolaringología, se advierte en este informe que *“como se ha indicado anteriormente, existe un diagnóstico diferencial razonable entre hiperplasia pseudoepiteliomatosa y el carcinoma de células escamosas. Está descrito en la literatura que el linfoma T/NK extranodal puede asociarse a hiperplasia pseudocarcinomatosa, pero esto no obsta para que el linfoma T /NK pueda surgir también en el contexto de un carcinoma de células escamosas (...) Es cierto que el diagnóstico diferencial entre carcinoma de células escamosas e hiperplasia pseudocarcinomatosa de la cavidad nasal puede ser muy complejo en determinadas circunstancias, como se ha indicado anteriormente. En el presente caso, existen algunas características morfológicas que pudieran favorecer la interpretación de que la lesión se*

trata de una hiperplasia extrema, pero, por otro lado, considerado en su conjunto, ciertos hallazgos de la biopsia y de la pieza quirúrgica, como son la infiltración tumoral en profundidad, la atipia citoarquitectural, la fibrosis y la actividad mitótica, favorecen la primera interpretación (...) además del carcinoma de células escamosas se aprecia una segunda neoplasia linfoide atípica en el cornete inferior izquierdo. En el estudio histopatológico se reconoce un proceso linfoproliferativo angiocéntrico y necrotizante, que corresponde a un linfoma T/NK extranodal de tipo nasal. Se trata de una infrecuente neoplasia linfoide, agresiva, con predilección por el sexo masculino, que es reconocible en la pieza quirúrgica, pero solo con cierta dificultad en la biopsia inicial, dado que se trata de una muestra pequeña y superficial”.

Concluye este informe señalando que “ante los hallazgos histopatológicos descritos, se confirma el diagnóstico previo emitido de una asociación inusual de un carcinoma de células escamosas queratinizante moderadamente diferenciado y de un /infama T/NK extranoda/, tipo nasal”.

A estos efectos, el informe de la Inspección Sanitaria advierte que “el informe del Gregorio Marañón reconoce la dificultad del diagnóstico diferencial, pero argumenta con solidez que la hiperplasia pseudoepiteliomatosa es un proceso benigno reactivo. En este caso, los hallazgos histológicos (infiltración profunda, queratinización, mitosis frecuentes, displasia adyacente) no son compatibles con una hiperplasia y la literatura médica respalda que pueden coexistir ambas neoplasias, especialmente en presencia del virus de Epstein-Barr.

El informe del Hospital La Paz confirma la presencia de un linfoma T/NK extranodal tipo nasal y describe una hiperplasia pseudoepiteliomatosa, pero no identifica carcinoma escamoso. Sin embargo, no se trata de una contradicción, sino de una interpretación parcial basada en bloques distintos o zonas no representativas y la

hiperplasia descrita no excluye la presencia de carcinoma, como se argumenta en el informe del Gregorio Marañón.

Por tanto, no hubo error diagnóstico, sino una valoración razonada y bien fundamentada de los hallazgos histológicos. El hecho de que se detecten marcadores de ambos tipos de tumor confirma que coexistían dos enfermedades distintas en el mismo lugar”.

A estos efectos consta también en este informe de la Inspección Sanitaria que el informe del Servicio de Hematología del HULP “no niega la coexistencia de 2 tumores, sino que la biopsia del cornete inferior izquierdo filiaba un carcinoma epidermoide y la anatomía patológica de la pieza quirúrgica detectó el linfoma T/NK extranodal, tipo nasal extracapsular en 6 de 57 ganglios y tumoración del cornete inferior izquierdo con infiltración por carcinoma escamoso queratinizante, moderadamente diferenciado y linfoma T/NK extranodal, tipo nasal”.

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

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 (...)”.

Por otro lado, y según señala la reclamante ese supuesto error de diagnóstico motivó una intervención quirúrgica innecesaria de la que se le derivaron secuelas.

En este sentido, el informe de la Inspección Sanitaria, con el especial valor que se le otorga, advierte que, cuando se diagnostica un carcinoma escamoso en la región nasal con adenopatías cervicales, la cirugía es una opción terapéutica habitual, permitiendo el vaciamiento ganglionar cervical eliminar posibles focos de metástasis regionales y obtener información pronóstica. Añade, además, que el abordaje quirúrgico permite una resección completa de la lesión primaria y facilita el acceso a ganglios para estudio anatomopatológico completo, de forma que, toda vez que el informe definitivo confirmó la presencia de dos tumores coexistentes (carcinoma escamoso y linfoma T/NK nasal), está aún más justificada la necesidad de una intervención quirúrgica amplia.

En relación con las secuelas, que según señala la reclamante, se le han producido como consecuencia de la intervención quirúrgica, es necesario señalar que, según se recoge en el informe del Servicio de Otorrinolaringología del HUGM, se advirtió a la paciente “*de los riesgos incluyendo, entre otros, sangrado, epífora, deformidad nasal, cicatriz cervical inestética, hipoestesia del infraorbitario y lesión del nervio espinal, así como la posible lesión de rama marginal del nervio facial, dada la situación de las adenopatías*”.

En este sentido consta en el expediente remitido el correspondiente documento de consentimiento informado firmado por la reclamante el 24 de abril de 2023.

En segundo lugar, la reclamante reprocha la ausencia de realización, con carácter previo a la cirugía, de una tomografía computarizada torácico-abdominal o una tomografía por emisión de positrones (PET-TC).

Sin embargo, en el expediente consta un escrito del jefe de servicio de Radiodiagnóstico del HUGM del que resulta que a la reclamante se le realizó un TC toraco-abdomino-pélvico el día 18 de abril del 2023, adjuntando copia del informe en el que consta el resultado de la prueba.

Por último, reprocha la reclamante la ausencia por parte de los cirujanos de un estudio de las adenopatías. Frente a esta afirmación, el informe del Servicio de Otorrinolaringología señala que *“se realizó un TAC cervical para valoración de la afectación ganglionar de su tumor nasal. Dado que existía una biopsia que confirmaba malignidad en la tumoración nasal, se asume que las adenopatías, que además eran ipsilaterales, son metastásicas de su tumor nasal. En la Guía de Diagnóstico y Tratamiento de los Tumores Malignos no se recomienda la realización de PAAF de las adenopatías si existe tumor primario, sólo se realizaría en caso de ausencia de tumor primario”*, por lo que podemos concluir que su actuación fue conforme a la *lex artis*.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado mala praxis en la asistencia sanitaria prestada a la reclamante en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

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 11 de marzo de 2026

El presidente de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 144/26

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid