

Dictamen n.º: **394/25**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **21.07.25**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 21 de julio de 2025, sobre la consulta formulada por la consejera de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por las abogadas de D. por los daños y perjuicios sufridos, al considerar que las secuelas que sufre, neuropatía del nervio espinal y supraescapular, son consecuencia de la exéresis de una adenopatía cervical realizada en el Hospital Universitario Infanta Sofía.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 21 de marzo de 2023, la abogada de la persona mencionada en el encabezamiento presenta un escrito en el registro del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), en el que relata, en primer lugar, que el reclamante realizó una petición de historial clínico en Atención al Paciente del Hospital Universitario Infanta Sofía, entregándose un documento de consentimiento informado para biopsia cervical, realizada en el mes de febrero de 2022, que no está firmado por el reclamante.

El interesado señala que, por medio de la presente reclamación y de forma *ad cautelam*, se requieren expresamente los meritados documentos firmados por el paciente para la realización de la biopsia cervical, como exige la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (en adelante, Ley 41/2002), para que se incluyan e incorporen al expediente administrativo junto al resto del historial clínico íntegro y completo.

Tras relatar su evolución clínica y con base en un informe pericial que adjunta, el reclamante refiere que la lesión nerviosa que sufre se debió a la realización de la biopsia del ganglio cervical que tuvo lugar en febrero de 2022:

“Esta relación de causalidad se puede establecer en base a los siguientes criterios:

- Relación temporal: Existe una clara relación temporal entre la biopsia del ganglio cervical que tuvo lugar en febrero de 2022 y la aparición de los síntomas semanas después. El hecho de que algunos de estos síntomas tarden más tiempo en aparecer, como la atrofia del trapecio, no excluyen esta relación de temporalidad, sino que suelen ocurrir un tiempo después. De hecho, después de una lesión nerviosa, se pierde la conexión entre ese nervio y el músculo al que inerva, dando lugar a una atrofia muscular progresiva y que tarda semanas en manifestarse. El hecho de que don ... notase una atrofia muscular del trapecio varias semanas después de la biopsia cervical no es excluyente con una lesión de los nervios en este proceso, sino que es un dato a favor de esta relación.

- Relación espacial: los nervios lesionados se encuentran en el plexo cervicobraquial o en clara relación a él. A su vez, los ganglios linfáticos cervicales se encuentran en la proximidad del plexo

braquial, con lo que se pueden afectar durante una cirugía en caso de no tomar las medidas apropiadas...

- Ausencia de otra causa que justifique la lesión de los nervios del plexo braquial. En el caso de don ... no existe ningún otro motivo por el que estos nervios se hayan podido lesionar. De hecho, se ha realizado una prueba PET-TAC, que descarta una posible infiltración tumoral de los nervios como causa de la lesión ...

- Criterio de proporcionalidad. En una cirugía en la que se busca la extracción de un ganglio linfático cervical se puede exponer el plexo braquial y, en caso de no tomarse las precauciones adecuadas, se puede llegar a lesionar. Por el tipo de lesión que se ha demostrado en las pruebas complementarias, axonotmesis, se puede afirmar que la lesión se produjo por un estiramiento del plexo braquial durante la cirugía. Este tipo de estiramiento forzado es capaz de lesionar los nervios y hacer que estos pierdan su función...”.

De igual modo, se reprocha que, además, el reclamante solicitó expresamente el documento de consentimiento informado firmado para la realización de la biopsia cervical, sin que se le haya entregado el citado documento con la firma del paciente, y que, en cualquier caso, consultado el documento de consentimiento informado estándar del Hospital Universitario Infanta Sofía (*“ni en ninguno de los consultados”*) para la biopsia cervical que se entregó en el departamento de Atención al Paciente no figura que constituya un riesgo este tipo de daños al nervio.

En el informe médico pericial aportado el perito explica que, en condiciones normales, si la técnica empleada en la realización de la biopsia cervical es la correcta, no se producen los graves daños neurológicos que se han originado, que son fruto de una mala praxis en la ejecución de la biopsia cervical.

Se indica que, dado que el reclamante continúa en situación de incapacidad temporal desde 12 de febrero de 2022, sin que pueda aún reincorporarse a su puesto de trabajo como escolta privado debido a las graves secuelas y a la limitación del brazo y hombro que presenta, no se puede proceder en este momento a valorar el daño provocado a consecuencia de la mala praxis médica, procediendo a realizar la cuantificación indemnizatoria en el momento que finalice su situación de incapacidad temporal.

El escrito de reclamación se acompaña del informe médico pericial señalado, de una copia de la resolución de incapacidad temporal, de documentación médica del reclamante, así como de un justificante de la inscripción del poder de las representantes legales del reclamante en el registro de apoderamientos (folios 1 a 110 del expediente).

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

El reclamante, nacido en 1974, con antecedentes de síndrome de apnea del sueño en tratamiento con CEPAP (presión positiva continua en la vía respiratoria), corregido tras cirugía bariátrica; bypass y reducción gástrica en 2020; parálisis facial en 2017; amigdalectomía e intervención de rodilla y septoplastia en 2019, acude el 3 de febrero de 2022 a Urgencias del Hospital Universitario Infanta Sofía por dolor abdominal en fosa ilíaca izquierda que empeora con movimientos respiratorios y dolor costal izquierdo de un día de evolución, sin traumatismo ni desencadenante que pueda identificar.

Refiere que una semana antes de consultar, inicia con ortopnea y disnea en reposo que le dificulta conciliar el sueño, por lo que reinicia el uso de CPAP. Niega fiebre, sin cambios en ritmo deposicional. Niega sudoraciones nocturnas. Refiere que durante el último mes no ha perdido peso, subió 1-2 kg.

El 17 de febrero de 2022, se realiza TAC body: se confirma la sospecha de extensas y numerosas manifestaciones de un síndrome linfoproliferativo con afectación supra e infradiafragmática, leve hepatoesplenomegalia, ascitis y derrame pleural bilateral. Destacar dentro de la afectación un conglomerado tumoral ganglionar de gran tamaño, extendido a lo largo del retroperitoneo, desde la región subfrénica y retrocrurol hasta la región iliaca común bilateral. Este conglomerado se extiende a lo largo de cadenas ganglionares del tronco celíaco y sus ramas viscerales hasta el hilio hepático envolviendo la totalidad de la vasculatura retroperitoneal y desplaza en sentido ventral el eje esplenoportal, que se mantiene permeable y con un calibre levemente reducido por compresión extrínseca.

TAC abdominal: conglomerado adenopático retroperitoneal y en raíz de mesenterio que engloba a la tercera porción duodenal, tronco celíaco y sus ramas, arteria mesentérica inferior, eje esplenoportal y vena cava inferior que se encuentra colapsada y rechazada hacia la derecha. Derrame pleural izquierdo masivo y de moderada cuantía en hemitórax derecho condicionando ambos un colapso del parénquima pulmonar, mayor en el hemitórax izquierdo.

Conclusión: hallazgo sugestivo de proceso linfoproliferativo.

Juicio clínico: conglomerado adenopático retroperitoneal con derrame pleural izquierdo.

El paciente permanece ingresado hasta el 4 de marzo de 2022.

Con fecha 18 de febrero de 2022, se realiza biopsia ganglionar. Protocolo quirúrgico: biopsia escisional de adenopatía en nivel VA, revisión de hemostasia y cierre por planos. Posición decúbito supino. Incisión supratumoral. Hallazgos adenopatía cervical en nivel VA. Cierre por planos con Vicryl. Piel con Maxon intradérmica.

Diagnóstico anatomopatológico: ganglio linfático laterocervical izquierdo (nivel Va): linfoma difuso de célula grande B de tipo no centrogerminal (célula B activada) con expresión de Cmyc, bcl2 y bcl6.

Evolución médica: paciente que ingresa en Medicina Interna para estudio de cuadro poliadenopático. Se realiza toracocentesis, donde informan de sospecha de infiltración de síndrome linfoproliferativo en líquido pleural. Se completa estudio de extensión con TAC body y se realiza exéresis de adenopatía supraclavicular izquierda donde se confirma el diagnóstico de LNH B difuso de célula grande. Dada la situación basal del paciente, con compromiso respiratorio precisando oxigenoterapia a dosis altas, se decide no realizar PET-TAC.

El 21 de febrero de 2022, inicia prefase con ciclofosfamida-esteroides (21-25 de febrero) con buena tolerancia clínica y analítica. El 27 de febrero, se administra CHOP y el 28 de febrero se administra Rituximab iv, sin complicaciones. Buena evolución desde el punto de vista respiratorio, pudiendo suspender oxigenoterapia y manteniendo buena saturación basal, por lo que se decide alta y seguimiento ambulatorio.

Previo al alta, se realiza biopsia de médula ósea y punción lumbar diagnóstica, pendientes informes al alta. Pendiente además de quantiferón y FISH del ganglio diagnóstico: linfoma difuso de célula grande B de tipo no centro germinal (célula B activada) con expresión de Cmyc, bcl2 y bcl6 de nuevo diagnóstico estadio IV-A. Insuficiencia respiratoria en contexto de derrame pleural maligno.

Procedimientos: administración quimioterapia intravenosa. Administración inmunoterapia intravenosa. Administración de quimioterapia intratecal.

Es dado de alta el 4 de marzo de 2022.

Con fecha 7 de junio de 2022, ingresa en el Hospital Universitario Infanta Sofía por infección COVID-19, en paciente con LNH en tratamiento con Rituximab: *“comienza el lunes con odinofagia, malestar general y, ya por la tarde, con fiebre de 38.5”*.

Test antigénico positivo en domicilio. Importante mucosidad de vía respiratoria superior y refiere el día anterior por la tarde también sensación de disnea, aunque sin desaturación en pulsioxímetro. Apetito conservado. Buen ritmo de diuresis.

Radiografía de tórax: sin infiltrados ni consolidaciones agudas.

Juicio clínico: infección por SARS-COV2 leve en paciente de alto riesgo (tratamiento antiCD20). Se le administra Sotrovimab (8 de junio), plasma hiperinmune (9 de junio) y se ha iniciado Remdesivir (8 a 12 de junio).

Con fecha 10 de junio de 2022, se le da el alta para pasar a hospitalización a domicilio. Alta definitiva el 13 de junio de 2022.

El 15 de julio de 2022, acude a consulta de Neurología, derivado desde Atención Primaria, por atrofia de músculo trapecio. Comenzó hace 1 mes y medio con dolor de espalda, sobre todo le dolía después de caminar durante un rato. Refiere que se dio cuenta que le había desaparecido el trapecio izquierdo y dolor en dicha zona. Sin disfagia, ni disfonía, dolor y cierta limitación en la abducción del hombro. Parálisis facial periférica en 2017.

Exploración neurológica: atrofia del músculo trapecio izquierdo. Debilidad 4+/5 en abducción del hombro. Resto sin alteraciones. Juicio diagnóstico: neuropatía del nervio accesorio a estudio. Plan: se solicita electromiograma y cita de revisión.

Con fecha 11 de agosto de 2020, acude a consulta de Neurología. Exploración: cintura escapular descendida lado izquierdo. Escápula alada izquierda. Atrofia del músculo trapecio izquierdo en todas sus porciones. Debilidad 4+/5 en abducción del hombro. Resto sin alteraciones.

Juicio clínico: atrofia de trapecio probablemente secundaria a neuropatía axilar vs plexopatía.

Se solicita electromiografía el 18 de agosto de 2022 y resonancia magnética nuclear del plexo braquial. Cita de revisión en consulta de Neuromuscular.

El 16 de septiembre de 2022, acude a consulta de Neuromuscular. En revisiones por Hematología, no hay signos de recaída. En febrero biopsia ganglio cervical izquierdo.

Resumen del cuadro clínico: dolor cervical en marzo durante varias semanas. Posteriormente, empieza a notar un hueco importante en la axila, que se sigue ya en junio/julio de una atrofia importante en el trapecio izquierdo, motivo por el cual consulta. Además, en este tiempo ha percibido en general una debilidad progresiva de la mano izquierda, generalizada en el brazo, con dificultad para coger bolsas y asir objetos.

Exploración: escápula alada con atrofia de trapecio y romboides. Debilidad interóseos 4/5. Sin debilidad radial, mediano ni flexo extensión. Deltoides normal. Pectoral simétrico. Sensibilidad: hipoestesia C5, tabaquera anatómica (radial c6).

En general, déficit parcheado, más extenso de lo que cabría esperar para una lesión aislada del axilar por la biopsia. En resonancia magnética de plexo, no hay infiltración.

Valoración: probable plexopatía braquial izquierda desde junio. Sin signos de infiltración en resonancia magnética (idiopática/inmunomediada). Reevaluación clínica y diagnóstica en diciembre.

Plan: electromiograma para valorar actividad. Interconsulta a Rehabilitación, resonancia magnética de columna cervical y analítica

El 22 de noviembre de 2022, acude a consulta de Neurología.

Electroneuromiograma:

-Neuropatía severa motora axonal del nervio espinal accesorio izquierdo en fase crónica.

-Neuropatía severa axonal motora del nervio supraescapular izquierdo, con mayor afectación de músculo supraespinoso.

-Nervios mediano izquierdo y radial izquierdo en límites normales. Nervio cubital derecho en límites normales. Nervio cubital izquierdo en límite bajo de la normalidad. No cumple criterios claros de plexopatía de tronco inferior, ni datos de polineuropatía.

En la misma fecha, electromiograma de control. Plexopatía cérvicobraquial izquierda a nivel supraclavicular con afectación parcheada e irregular de varias estructuras nerviosas, a saber: accesorio espinal izquierdo (c3-c4), región proximal del tronco superior con torácico largo (c5-c6), supraescapular (c5-c6) y axilar (c5/c6). No hay afectación de musculocutáneo/c5-c6 ni músculos radiales c5-c6.

El perfil de la lesión es el de una axonotmesis incompleta grave. Comentarios sobre el diagnóstico: en ese momento no hay sospecha de plexopatía por recidiva/infiltración tumoral por (1) ausencia de dolor prominente, (2) no evidencia de progresión clínica desde al menos junio,

(3) resonancia magnética de plexo sin signos inflamatorios ni compresivos. Tampoco se sostienen por el momento, a tenor de la evolución y exploraciones complementarias, causas inflamatorias autoinmunes (idiopáticas/paraneoplásicas/CIDP). En este escenario, no se consideran otras causas de plexopatía (vascular, hereditaria...).

En ese momento, sospecha de una plexopatía relacionada con el debut y biopsia ganglionar ipsilateral, por mecanismo probablemente inflamatorio post-quirúrgico local. Se reevaluará clínicamente este diagnóstico en visitas sucesivas.

Comentarios sobre el pronóstico: el pronóstico funcional es actualmente incierto. En el plano clínico y electrodiagnóstico, no parece existir una neurotmesis de ninguno de los troncos nervioso explorados. En deltoides, ya no hay denervación y existen signos de reinervación activa, por lo que es esperable una buena recuperación, en el resto de músculos explorados existe aún denervación activa y un patrón deficitario, lo que implica una lesión axonal grave, con lo que no es posible establecer un pronóstico funcional.

Plan: tratamiento rehabilitador. Pendiente de resonancia magnética cervical para completar formalmente el estudio. Será reevaluado en Hematología en los siguientes meses. Revisión.

Se realiza resonancia magnética de columna cervical: leves cambios degenerativos discales difusos y disco-vertebrales tipo osteocondrosis intervertebral en C4-C5-C6. Mínima protrusión posterocentral del disco C6-C7 y abombamiento posterior del disco C5-C6. Mínima disminución de altura de la vértebra C6, sin edema ni imágenes de fractura. Resto del estudio sin hallazgos significativos.

El 20 de marzo de 2023, acude a revisión en Neurología. No hay mejoría funcional significativa.

Exploración: escápula alada con atrofia de trapecio, supraescapular y romboides. Debilidad interóseos 4/5. No debilidad radial, mediano ni. flexo extensión. Deltoides 3/5. Pectoral simétrico. Sensibilidad: hipoestesia C5, tabaquera anatómica (/radialc6).

Juicio clínico: plexitis braquial izquierda idiopática (síndrome Parsonage-Turner), en fase de secuelas. Plan: revisión en 6 meses. No puede ofrecerse tratamiento farmacológico específico. Plan de tratamiento rehabilitador, según Rehabilitación.

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

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica del reclamante de Atención Primaria y del Hospital Universitario Infanta Sofía (folios 114 a 376 del expediente).

Asimismo, consta en el procedimiento el informe de 21 de julio de 2023 del jefe del Servicio de Hematología del Hospital Universitario Infanta Sofía, que da cuenta de la asistencia prestada al reclamante según los datos que figuran en la historia clínica. Tras relatar la atención médica dispensada, indica que *“el 8 de agosto de 2022 se realiza PET-TC solicitado por el Servicio de Hematología para valoración de la respuesta al finalizar el tratamiento quimioterápico sin hallazgos significativos por lo que se considera en remisión completa de su linfoma. El objetivo de esta prueba no era descartar la infiltración del plexo braquial sino confirmar la remisión de su linfoma... El resto de consideraciones sobre las actuaciones realizadas por los servicios de Neurología y Rehabilitación y la valoración por parte del perito de las lesiones que presenta el paciente exceden el campo de conocimiento y dedicación del Servicio de Hematología... Por parte del Servicio de*

Hematología durante el ingreso y posterior seguimiento en Hospital de Día el paciente ha recibido el tratamiento adecuado a su situación según los protocolos activos en ese momento”.

Se ha incorporado al expediente el informe del Servicio de Rehabilitación del centro hospitalario, emitido el 20 de julio de 2023, que se limita a relatar la asistencia dispensada al reclamante por dicho servicio.

El 16 de noviembre de 2023, el reclamante presenta escrito, en el que indica que la cuantía de la indemnización solicitada asciende a la suma de 84.178,01 €, con el siguiente desglose:

- Lesiones temporales: 240 días de perjuicio moderado: 14.853,6€.
- Secuelas funcionales psicofísicas (con aplicación Balthazar): 34 puntos: 63.942,57.-€
- Secuelas estéticas: 18 puntos: 24.327,03 €.
- Perjuicio calidad de vida moderada por la grave afectación en su vida diaria del miembro superior derecho y la IPT concedida: 59.512,81 €.
- Lucro cesante: 21.542€

Con fecha 2 de octubre de 2024, y a requerimiento de la Inspección Sanitaria, ha emitido informe el Servicio de Cirugía General y Digestiva en relación con *“la extracción de ganglio cervical de fecha 18/02/24 (hoja o protocolo de quirófano), que da origen a la reclamación”*. Al respecto, el servicio puntualiza que *“no es posible realizar un vínculo de causalidad sólido o consistente entre el daño del plexo y biopsia de ganglio cervical por los siguientes motivos:*

Criterio de temporalidad: se trata de un cuadro subagudo y progresivo hasta que llega a un zenit donde ya queda establecido el déficit. Esto es característico de un proceso disimmune y no traumático (donde cabría esperar un déficit agudo que queda establecido desde el principio del daño).

Criterio anatómico: la extensión del daño neurógeno (documentada con valoración clínica y electrodiagnóstica) sobrepasa con mucho los límites anatómicos esperables en una complicación local de la intervención, lo que es más consistente con una fisiopatología disimmune que con un daño traumático”.

Figura también en el procedimiento el informe de 25 de noviembre de 2024 de la Inspección Sanitaria que, tras analizar la historia clínica del reclamante y realizar las oportunas consideraciones médicas concluye que, dada la secuencia temporal y la extensión de la afectación, parece más probable que las lesiones que sufre el paciente sean consecuencia de una complicación derivada de la cirugía como podría ser una inflamación postquirúrgica.

No obstante, la Inspección también indica que “*hay que hacer constar que no existe consentimiento informado firmado de la cirugía*”.

Una vez instruido el procedimiento se confiere trámite de audiencia al reclamante mediante un primer oficio de 22 de enero de 2025. El reclamante presenta un escrito el 12 de febrero de 2025, solicitando que se incorpore al expediente el historial clínico del Centro de Salud La Chopera y mostrando su disconformidad con el informe de la Inspección Sanitaria, pues “*no es incompatible que hubiera lesión intraoperatoria iatrogénica con el hecho de que esto conlleve una inflamación postquirúrgica que termine de consolidar la afectación nerviosa*”. Por otro lado, se señala que el electromiograma realizado en el mes de agosto ya

describe la cronicidad de la neuropatía severa, lo que sitúa el daño en la cirugía de biopsia en febrero.

Con posterioridad, y mediante un segundo oficio de 25 de febrero de 2025, se produce una ampliación del plazo para formular alegaciones, con remisión de la historia clínica de Atención Primaria solicitada. Con fecha 27 de febrero de 2025, el reclamante presenta un nuevo escrito, en el que refiere que los síntomas de cervicodorsalgia comenzaron en el mes de marzo y, desde entonces, debilidad progresiva, siendo tratado por el fisioterapeuta en su domicilio por estos dolores.

Finalmente, el 24 de junio de 2025, se ha formulado la propuesta de resolución, estimando parcialmente la reclamación, al concluir la antijuridicidad del daño únicamente en lo relativo a la información sobre la biopsia realizada, pues no ha quedado acreditado que se proporcionara al paciente una información suficiente al respecto.

CUARTO.- El 2 de julio de 2025 se formuló preceptiva consulta a este órgano consultivo, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el n.º 364/25. La ponencia correspondió al letrado vocal D. Francisco Javier Izquierdo Fabre, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 21 de julio de 2025.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes,

CONSIDERACIONES DE DERECHO

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

patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros , y a solicitud de la consejera de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, 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, conforme a lo dispuesto en el artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la LRJSP, en cuanto que recibió la asistencia sanitaria reprochada. Actúa debidamente representado por dos abogadas, habiendo quedado acreditado en el expediente el poder de representación que ostentan las firmantes del escrito de reclamación, mediante poder para actuar ante la Administración pública inscrito en el Registro de Apoderamientos.

La legitimación pasiva resulta indiscutible que corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que la atención médica contra la que se dirigen los reproches del reclamante se prestó por el Hospital Universitario Infanta Sofía, centro sanitario integrado en la red sanitaria pública madrileña.

En cuanto al plazo para el ejercicio del derecho a reclamar, es de un año contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la

indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo (cfr. artículo 67.1 de la LPAC).

En el presente caso, el interesado reclama por las secuelas que supuestamente le ha originado una biopsia cervical realizada el 18 de febrero de 2022. Consta que el reclamante fue dado de alta en rehabilitación, por no mejoría, el 24 de enero de 2023, por lo que ha de entenderse que la reclamación, formulada el 21 de marzo de 2023, se ha presentado en el plazo legal.

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 los servicios de Hematología, Rehabilitación y Cirugía General y Digestiva del Hospital Universitario Infanta Sofía, implicados en la asistencia sanitaria reprochada. Además, se ha incorporado el informe de la Inspección Sanitaria y la historia clínica del paciente. Tras la instrucción del expediente, se confirió el trámite de audiencia al interesado y, finalmente, se ha redactado la propuesta de resolución, en sentido parcialmente estimatorio 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.

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.

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 nexo causal entre la actuación médica y el daño recibido, y que éste sea 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" (STS Sección 6ª Sala C-A, de 7 marzo 2007).

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 (SSTS 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.- Aplicada la anterior doctrina al presente caso, resulta que el reclamante reprocha que la lesión nerviosa que sufre se debió a la realización de la biopsia del ganglio cervical que tuvo lugar en febrero de 2022. Además, alega que no se le ha entregado el documento de consentimiento informado firmado para la realización de la biopsia

cervical con la firma del paciente, y que, en cualquier caso, en el documento sin firma entregado no figura que constituya un riesgo este tipo de daños al nervio.

Centrado así el objeto de la reclamación, vamos a analizar los reproches enunciados, 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 ha pronunciado, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 8 de abril de 2022 (recurso 1079/2019), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo. Además, como añade la citada sentencia, *“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, con la reclamación se aporta un informe pericial, realizado por un licenciado en Medicina, especialista en Neurología, que, en la forma y con el alcance que analizaremos a continuación, establece una relación temporal (*“existe una clara relación temporal entre la biopsia del ganglio cervical que tuvo lugar en febrero de 2022 y la aparición de los síntomas semanas después...”*) y espacial (*“los nervios lesionados se encuentran en el plexo cervicobraquial o en clara relación a él”*) entre la biopsia y la lesión, ante la *“ausencia de otra causa que justifique la lesión de los nervios del plexo braquial”*, y aplicando un criterio de proporcionalidad (*“en una cirugía en la que se busca la extracción de un ganglio linfático cervical se puede exponer el plexo braquial y, en caso de no tomarse las precauciones adecuadas, se puede llegar a lesionar”*).

Por el contrario, los informes médicos que obran en el expediente, contrastados con la historia clínica examinada descartan la mala praxis denunciada consideran que el reclamante ha sufrido una complicación

frecuente en la biopsia realizada. En particular, la Inspección Sanitaria ha considerado que la actuación sanitaria reprochada fue correcta y acorde con la *lex artis ad hoc*, sin perjuicio de lo que señalaremos posteriormente en cuanto a la ausencia en el expediente de un documento de consentimiento informado firmado por el paciente.

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, así 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*”.

Ante la concurrencia de informes periciales de sentido diverso e incluso contradictorio en sus conclusiones, la valoración conjunta de la prueba pericial ha de hacerse, según las reglas de la sana crítica, con análisis de la coherencia interna, argumentación y lógica de las conclusiones a que cada uno de ellos llega. En este sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de febrero de 2016 (rec. 1002/2013) manifiesta que “*las pruebas periciales no acreditan irrefutablemente un hecho, sino que expresan el juicio o convicción del perito con arreglo a los antecedentes que se le han facilitado (...)*” y que “*no existen reglas generales preestablecidas para valorarlas, salvo la vinculación a las reglas de la sana crítica en el marco de la valoración conjunta de los medios probatorios traídos al proceso (...)*”.

La Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 17 de febrero de 2022 (rec. núm. 77/2019) señala que “*en estos casos es*

procedente un análisis crítico de los mismos, dándose preponderancia a aquellos informes valorativos de la praxis médica que, describiendo correctamente los hechos, los datos y fuentes de la información, están revestidos de mayor imparcialidad, objetividad e independencia y cuyas afirmaciones o conclusiones vengan dotadas de una mayor explicación racional y coherencia interna, asumiendo parámetros de calidad asentados por la comunidad científica, con referencia a protocolos que sean de aplicación al caso y estadísticas médicas relacionadas con el mismo. También se acostumbra a dar preferencia a aquellos dictámenes emitidos por facultativos especialistas en la materia, o bien con mayor experiencia práctica en la misma. Y en determinados asuntos, a aquéllos elaborados por funcionarios públicos u organismos oficiales en el ejercicio de su cargo y a los emitidos por sociedades científicas que gozan de prestigio en la materia sobre la que versa el dictamen”.

En este caso, esta Comisión considera más adecuado el criterio expuesto en el informe de la Inspección Sanitaria, no sólo por el especial valor que le otorgamos conforme a lo señalado anteriormente, sino por el hecho de que el informe médico pericial aportado vincula, de modo general, las supuestas secuelas padecidas por el reclamante a la biopsia realizada sólo por el hecho de ser posteriores en el tiempo.

En este sentido, y como hemos indicado en dictámenes como el 227/17, de 1 de junio o el 14/19, de 7 de enero, cabe recordar que tal argumentación ha de rechazarse por cuanto incurre en la falacia lógica *post hoc ergo propter hoc*. Así, en su Sentencia de 26 de noviembre de 2015 (recurso 776/2013), el Tribunal Superior de Justicia de Madrid afirma que: “Si es verdad que una causa precede a un efecto, no siempre lo es que un hecho anterior sea la causa de otro posterior. Se conoce tal modo de argumentar como falacia *post hoc ergo propter hoc*. Aparte de esa relación temporal necesitaríamos un medio de prueba que nos dijera y nos convenciera de que la mejoría del recurrente se produjo precisamente

por el abandono de la medicación y no por cualesquiera otras circunstancias”.

Por el contrario, la Inspección Sanitaria argumenta, en primer lugar, que *“las lesiones quirúrgicas de nervios periféricos son complicaciones relativamente frecuentes tras una cirugía, aunque la verdadera incidencia de estas lesiones en el perioperatorio es desconocida... Entre las posibles causas de estos daños en nervios periféricos debido a una cirugía se encuentran la posición del paciente durante la intervención y el tiempo quirúrgico”.*

A continuación, y en cuanto al reclamante en concreto, refiere que *“el inicio de los síntomas después de la lesión puede ser agudo, asociado con daño directo al nervio; o tardío de horas a días y semanas, asociado con inflamación y edema. En este paciente, la clínica comienza varias semanas después de la cirugía, por lo que no parece relacionada con una lesión aguda del nervio en el momento de la biopsia, si bien podría estar en relación con daño producido por procesos de inflamación y edema”.*

En este sentido, la Inspección Sanitaria recuerda cómo, en informe de Neurología de 22 noviembre 2022, el neurólogo emite el juicio clínico de *“plexopatía relacionada con el debut y biopsia ganglionar ipsilateral, por mecanismo probablemente inflamatorio postquirúrgico local”,* refiriendo también que *“es difícil explicar una neuropatía posquirúrgica por fuerzas mecánicas porque está segregada espacial o temporalmente de la cirugía. En estos casos, se deben considerar etiologías inflamatorias o autoinmunes...”.*

De este parecer participa el Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital Universitario Infanta Sofía en su informe, pues señala, como ya indicábamos, en cuanto al daño en el plexo que sufre el paciente, que *“se trata de un cuadro subagudo y progresivo hasta que llega a un zenit donde ya queda establecido el déficit. Esto es*

característico de un proceso disimmune y no traumático (donde cabría esperar un déficit agudo que queda establecido desde el principio del daño)” y que, además, “la extensión del daño neurógeno (documentada con valoración clínica y electrodiagnóstica) sobrepasa con mucho los límites anatómicos esperables en una complicación local de la intervención, lo que es más consistente con una fisiopatología disimmune que con un daño traumático”.

Todo ello lleva a la Inspección Sanitaria a concluir que *“los síntomas de dolor y déficit de función que presenta el paciente no aparecen de forma aguda tras la cirugía. Esto hace sospechar que la etiología de los mismos no sea una lesión traumática de los nervios, sino que la causa esté en relación con estos procesos inflamatorios postquirúrgicos, de ahí que los síntomas se hayan establecido de forma subaguda y progresiva. Por otro lado, la extensión del daño también hace sospechar que la causa no ha sido una lesión yatrógena producida durante la cirugía, ya que la lesión sobrepasa los límites anatómicos esperables en una complicación local”.*

En definitiva, a la luz de los informes médicos que obran en el expediente, cabe considerar que no se ha acreditado que concurriría mala praxis en la asistencia sanitaria dispensada al reclamante en el Hospital Universitario Infanta Sofía.

QUINTA.- Cuestión distinta es lo relativo a la información previa a la intervención suministrada al reclamante.

No cabe duda de la importancia de la información que ha de suministrarse a los pacientes para que presten su consentimiento, tal y como se regula en la actualidad la Ley 41/2002, cuyo artículo 3 lo define como *“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”, información que incluye los posibles riesgos que se puedan producir (artículo 8.3 Ley 41/2002).

La finalidad de la información es permitir al paciente tomar la decisión de someterse a la técnica médica de que se trate con conocimiento de los riesgos que pueden derivarse de la misma, y la falta de información equivale a una limitación del derecho a consentir o rechazar una actuación médica determinada, inherente al derecho fundamental a la integridad física y moral contemplado en el artículo 15 de la Constitución según tiene declarado el Tribunal Constitucional en la STC 37/2011, de 28 de marzo.

En este caso está acreditado, y así lo recoge el informe de la Inspección, que no se ha localizado el documento de consentimiento informado firmado por el paciente, de modo que se ha incorporado al expediente un ejemplar similar sin su firma.

En este sentido, la exigencia de la constancia escrita de la información tiene, según la jurisprudencia, un mero valor *ad probationem* (sentencias del Tribunal Supremo de 2 de julio de 2002, 29 de septiembre de 2005, entre otras muchas), recayendo la carga de la prueba de la información sobre el médico (Sentencia del Tribunal Supremo de 2 de julio de 2002). El Tribunal Supremo sostiene que, en ausencia de prueba escrita, se invierte la carga de la prueba, de acuerdo con el principio de facilidad probatoria que actualmente recoge el artículo 217.7 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (sentencias de 29 de junio de 2010 y 18 de junio de 2012).

En consecuencia, ante la ausencia del documento que ha de aportar la propia Administración sanitaria, se desconoce el alcance de la información suministrada al paciente y cabe presumir que se ha vulnerado su derecho a la información y se le ha ocasionado un daño moral.

En estos casos, la valoración de dicho daño es extremadamente complicada por su gran subjetivismo -sentencias del Tribunal Supremo de 6 de julio de 2010 (recurso 592/2006) y 23 de marzo de 2011 (recurso 2302/2009)-. En punto a su concreta indemnización, la Sentencia de 11 de mayo de 2016 de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid (recurso 1018/2013), resalta la dificultad de cuantificar ese daño moral, para lo cual deberán ponderarse todas las circunstancias concurrentes en el caso a la hora de determinar la cuantía *“de un modo estimativo atendiendo a las circunstancias concurrentes, sin que, ni siquiera con carácter orientativo, proceda fijar la cuantía de la indemnización con base en módulos objetivos o tablas indemnizatorias como las contempladas en las resoluciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones”*.

Esta Comisión viene valorando el daño ocasionado por la falta de consentimiento en 9.000 euros. No obstante, esa cantidad no deja de ser un referente que puede variarse en función de las circunstancias de cada caso de forma motivada –artículo 35.1 c) de la LPAC.

Por ello, en este caso, debemos tener en cuenta, a la hora de fijar dicha indemnización, que el propio reclamante no alega en su escrito que no ha firmado tal documento, sino que, cuando lo ha solicitado en la Unidad de Atención al Paciente del centro hospitalario, el ejemplar que se le ha entregado no está firmado, y este es, además, el que se ha incorporado al expediente.

Es más, con fecha 17 de febrero de 2022, a las 12:06 horas, consta en la historia clínica del paciente (página 258 del expediente) la siguiente nota: *“Se solicita biopsia ganglionar de adenopatías cervicales izquierda, tras realización de TAC body. Se identifica conglomerado adenopático izquierdo y 2 más posteriores. Se intentará biopsia escisional versus incisional, mañana en el quirófano de Urgencia.*

Previo al procedimiento quirúrgico se optimizará el estado del paciente; drenaje del derrame pleural (se solicita drenaje del mismo). Se solicita PCR; se revisa HBPM (hoy no poner) y ayunas. Se informa al paciente y se entrega CI”.

En consecuencia, aunque se desconozca la información concreta que se le proporcionó sobre la intervención, no cabe de ello colegir que se sometió a dicha intervención en una situación de absoluto desconocimiento sobre sus eventuales riesgos y secuelas.

Ahora bien, también es preciso tener en cuenta que, si el documento de consentimiento informado entregado en realidad al paciente tiene el mismo contenido que el ejemplar incorporado al expediente, no contempla los riesgos de la intervención posteriormente materializados.

Por tanto, puede considerarse que cabe minorar la cantidad señalada, en atención a la verdadera entidad del daño causado al derecho a la información del paciente, fijándola en 6.000 euros, cantidad que se considera ya actualizada.

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

CONCLUSIÓN

Procede estimar parcialmente la reclamación presentada por mala praxis, al no haberse acreditado la información facilitada al paciente, que deberá ser indemnizado en la cantidad global y actualizada de 6.000 euros.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 21 de julio de 2025

La Vicepresidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 394/25

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid