

Dictamen n.º: **209/26**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **15.04.26**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por unanimidad en su sesión de 15 de abril de 2026, 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 Dña. (en adelante, “*la reclamante*”), por los daños y perjuicios derivados de una intervención para tratar el pecho hundido, en el Hospital Universitario Ramón y Cajal.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Con fecha 24 de mayo de 2024, la reclamante registra escrito de solicitud de reclamación de responsabilidad patrimonial frente al Hospital Universitario Ramón y Cajal, por los daños y perjuicios derivados de una intervención para tratar el pecho hundido.

Relata que, desde su infancia, desarrolló *pectus excavatum*, y que fue tratada tanto en un hospital privado como en el citado hospital público, optándose por un tratamiento conservador. Al llegar a la edad adulta afloraron problemas respiratorios y de autoestima.

Explica que en el año 2021 acudió a consulta para solucionar la situación, siendo intervenida el 18 de febrero de 2022.

Manifiesta que, antes de dicha fecha, presentaba deformación de la caja torácica, con limitación moderada para sus actividades básicas de la vida diaria, pero no dolor.

Aduce que, si bien le realizaron diversas pruebas antes de la operación, no le explicaron los riesgos ni las consecuencias de esta.

En particular, muestra su descontento con el trato dispensado por un doctor, antes y después de la operación, y con el trato de otra doctora, que califica de denigrante, durante su estancia en la planta, una vez fue operada.

Reprocha que, una vez obtuvo el alta, fue en la consulta de Reumatología donde le realizaron las curas de la cicatriz, en lugar de en la consulta de Cirugía Torácica.

Alega que el dolor torácico prosiguió durante los meses posteriores a la cirugía, siendo atendida también en un centro privado, y por la Unidad de Dolor y por el Servicio de Psicología del Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Narra que, habiéndose quejado, a partir del 24 de octubre de 2022, fue atendida por otro doctor del Servicio de Cirugía Torácica. Le realizaron diversas pruebas, le explicaron las posibles causas de su dolor y se lo trataron con diversas técnicas, planteándose incluso la retirada del material implantado, opción que se descartó.

Durante los meses posteriores, fue tratada asimismo por el Servicio de Psiquiatría y por el de Cirugía Plástica.

Refiere que el dolor persiste al igual que la restricción pulmonar.

Cuantifica los daños hasta la fecha de la reclamación, en 109.536,44 euros más los intereses legales correspondientes.

No aporta documentación junto con su reclamación.

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

La reclamante, nacida el 20 de octubre de 1979, cuenta como antecedentes patológicos destacables, artritis psoriásica en tratamiento con Simponi, desde 2013; trastorno generalizado por ansiedad en 2009 y 2019, en tratamiento con Orfidal (0-0-1) y *pectus excavatum* (deformidad congénita en la que el esternón se hunde hacia el interior del tórax). Además, es fumadora, intolerante al tramadol y al ácido clavulánico.

El 5 de julio de 2021 es atendida por el Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Universitario Ramón y Cajal, donde se le practican pruebas para calcular el índice de Haller, necesario para valorar la severidad de la deformidad indicada.

El 21 de septiembre de 202, el servicio correspondiente emite un informe manifestando que dicho índice tiene un valor de 8,21 (230/28) el cual se considera elevado, por ser superior a 3,5.

El 18 de octubre de 2021, en consulta telefónica, debido a que la reclamante padece COVID, es informada de que ha de acudir de forma presencial, dado el elevado valor del índice citado, con objeto de explicarle las diferentes alternativas terapéuticas.

En consulta de 15 de noviembre de 2021, se le explican las referidas alternativas y se informa que el caso será valorado en sesión clínica.

El 13 de diciembre de 2021 acude a la consulta de Cirugía Torácica- Pulmonar, donde se le recomienda cirugía con técnica de

Ravitch modificada por síntomas específicos de la paciente (disnea) y debido al elevado índice de Haller. Ese mismo día, la paciente firma diversos documentos de consentimiento informado referentes a las diversas pruebas que se le han de practicar.

El 20 de diciembre de 2021 se le practican varias pruebas radiológicas, concluyendo que la paciente presenta *“deformidad torácica en relación con marcado pectus excavatum con desplazamiento del corazón hacia el hemitórax izquierdo. No se aprecian opacidades pulmonares de aspecto agudo/ neumónico ni derrame pleural”*.

El 21 de diciembre de 2021 es examinada por el Servicio de Anestesiología y Reanimación, firmando el correspondiente documento de consentimiento informado.

El 18 de febrero de 2022 se le realiza la cirugía para tratar el *pectus excavatum* (técnica de Ravitch con colocación de dos barras de titanio). El 21 de febrero sube a planta.

El 7 de marzo de 2022 es dada de alta, con seguimiento en consulta hospitalaria. En el correspondiente informe se hace constar que *“durante el postoperatorio, la paciente presenta regular control del dolor, que precisa de ingreso prolongado y ajuste de medicación progresiva. Refiere, además, sensación disneica, sin desaturación marcada tras retirada de oxigenoterapia. Previo al alta, presenta supuración leve por herida quirúrgica, sin fiebre, por lo que se toman cultivos y se inicia antibioterapia empírica con Augmentine oral”*.

El 31 de marzo de 2022 acude a la Unidad del Dolor, para ser tratada de diversos dolores. Consta que es atendida igualmente con posterioridad, en diversas ocasiones; entre otras, los días 6 y 21 de junio, 27 de julio y 19 de octubre de 2022.

El 9 de mayo, 6 de junio y el 4 de agosto de 2022, el doctor que la intervino, sigue su evolución.

El día 26 de julio de 2022 es atendida en el Servicio de Neumología, dado que presenta disnea de grandes esfuerzos y aumento de expectoración.

El 3 de octubre de 2022 el doctor del Servicio de Cirugía Torácica pone de manifiesto a la paciente que hasta pasados dos años de la intervención no podría retirar las barras implantadas. La paciente señala que no puede esperar ese tiempo, por lo que se plantea el caso en sesión clínica.

El 24 de octubre de 2022 es examinada por el mismo servicio, quien confirma la conclusión anterior.

El 10 y el 20 de diciembre de 2022 es atendida por el servicio de Psiquiatría.

El 19 de diciembre de 2022, acude a revisión. Es diagnosticada de *“pérdida de volumen en el lóbulo medio con una consolidación periférica de base pleural subyacente a la barra superior que pudiera estar en relación con atelectasia”*. Se le pauta medicación y diversos tratamientos. Entre ellos, se requiere una broncoscopia, que anula la propia paciente, el 23 de enero de 2023, ante el Servicio de Neumología, de forma telefónica.

El 2 de febrero de 2023, el responsable del Servicio de Cirugía Torácica propone evitar la retirada de las barras a través de tratamiento farmacológico o con bloqueo intercostal. Se especifica que las decisiones se toman consensuadas con la propia paciente y valorando los pros y contras de cada alternativa.

El 20 de febrero de 2023 es asistida por el Servicio de Neumología, de forma presencial, siendo citada de nuevo el 27 de marzo de 2023, con objeto de examinar los resultados de diversas pruebas que son solicitadas. Entre ellas, una tomografía computarizada de la que el servicio correspondiente concluye que no se aprecian: *“cambios postquirúrgicos de pectus excavatum con deformidades óseas y mediastínicas secundarias. Zona de atelectasia en lóbulo medio sin cambios en relación a estudio previo”*.

El 23 de marzo de 2023, el responsable del Servicio de Cirugía Torácica observa que el dolor se muestra en un lugar diferente del visto en ocasiones anteriores, por lo que insiste en agotar las posibilidades del bloqueo intercostal y de la fisioterapia local, antes de tomar la decisión de cirugía.

El 16 de abril de 2023, la interesada acude al Servicio de Urgencias por infección respiratoria de vías altas. Se le da de alta con recomendaciones.

El 26 de abril del mismo año, es examinada por el Servicio de Psiquiatría. Se le diagnostica trastorno de adaptación mixto de ansiedad y humor deprimido.

El 8 de mayo de 2023 es valorada por el jefe del Servicio de Cirugía Torácica Pulmonar. Refleja el tratamiento realizado en abril, estando pendiente aún de valorar los resultados.

El 17 de mayo acude a Urgencias por dolor torácico. Ante la ausencia de signos de alarma se requiere la programación de una cita urgente con el Servicio de Cirugía Torácica.

El 24 de junio se le realiza una tomografía computarizada de la que se concluye que existe estabilidad radiológica con respecto al estudio previo.

El 4 de julio de 2023 es diagnosticada de “*deformidad esternocostal. Síndrome doloroso postcirugía*”. Se recomienda no colocar implantes mamarios.

El 28 de julio de 2023 en la Unidad de Dolor se propone realizar bloqueos intercostales, añadiendo radiofrecuencia, con sedación.

El 31 de octubre de 2023 se explica a la paciente en qué consistiría la operación de extracción de las barras y posterior corrección de estética mamaria.

El 5 de diciembre de 2023 confirma al doctor la decisión de operarse, pero manifiesta que ha de esperar porque ha de atender a su madre.

El 12 de febrero y el 21 de abril de 2024 acude al Servicio de Urgencias por dolor torácico sin datos de alarma. Se le pauta medicación y se le hacen recomendaciones diversas.

El 30 de abril de 2024 se le realiza una tomografía computarizada, que se compara con la previa.

El 10 de junio de 2024 se le confirma que para evitar dolor solo se le puede ofrecer con garantía, retirar las barras. Explicados los efectos secundarios, las secuelas y el modo de intervención, decide esperar a pedir cita en septiembre.

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

El 28 de junio de 2024 se comunica a la compañía aseguradora del SERMAS, la presentación de la citada reclamación.

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la paciente, diversos informes médicos, y los informes de los servicios implicados en su tratamiento.

Así, figura un informe del Servicio de Cirugía Torácica de 25 de junio de 2024 (folios 199 a 201 del expediente), en el que se explica el trato previo a la operación dispensado a la paciente, destacando que el índice de Haller de aquella era elevado, por ser superior a 3,5. Por ello se recomienda la operación.

“El día 15 de noviembre de 2021 realicé consulta presencial donde se explican a la paciente las diferentes alternativas y se le informa de que su caso se va a valorar en sesión clínica.

El día 13 de diciembre de 2021 se realiza consulta presencial. Se indica a la paciente que habiendo sido valorada en sesión clínica se recomienda reparación quirúrgica del pectus excavatum mediante la técnica de Ravitch modificado al presentar determinados síntomas (disnea de moderados esfuerzos) y elevación significativa del índice de Haller. No se indicó la técnica de Nuss ya que la paciente tenía 42 años, cuando fue valorada en consultas y dicha técnica se suele realizar en pacientes en edad puberal o adultos jóvenes, por la laxitud de las estructuras de la pared torácica, que se pierde a edades más avanzadas.

Durante la consulta se explicó detalladamente a la paciente, cómo es la realización del procedimiento de la técnica de Ravitch modificada para la reparación del pectus excavatum, así como las posibles complicaciones incluyendo el dolor postoperatorio, posibilidad de infección, trombosis, etc.”.

A continuación, dicho informe se detiene en el documento de consentimiento informado firmado por la paciente. Una vez explicado que la operación se realizó sin incidencias, refleja la valoración de

diversas consultas posteriores, destacando que la paciente ha sido valorada por otros especialistas de Cirugía Torácica, que coinciden con su criterio clínico. Asimismo, responde a las diferentes quejas de la interesada.

Igualmente se ha incorporado un informe de la Unidad del Dolor del mismo hospital, de 29 de julio de 2024, en el que se identifican las consultas de la paciente, tanto presenciales como telefónicas, desde el día 31 de marzo de 2022 al 28 de julio de 2023 (folios 206 a 213 del expediente).

El 13 de agosto de 2025 se emite informe por la Inspección Sanitaria que, tras analizar la historia clínica de la reclamante los informes emitidos en el curso del procedimiento, y formular las oportunas consideraciones médicas, concluye que *“la asistencia sanitaria dispensada por el Servicio de Cirugía Torácica del Hospital General Universitario Ramón y Cajal 12 de octubre, fue adecuada y de acuerdo a lex artis. La asistencia sanitaria dispensada por el resto de Servicios implicados también ha sido adecuada y de acuerdo a la lex artis”*.

El 12 de noviembre de 2025, se confiere a la reclamante el preceptivo trámite de audiencia, acompañando el expediente. El 10 de diciembre manifiesta que ha presentado recurso contencioso administrativo contra la desestimación presunta de la presente reclamación, objeto del Procedimiento Ordinario 25/2025, que se sigue ante la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid -no identifica la Sección-, el cual se encuentra en trámite de conclusiones.

Por la viceconsejera de Sanidad y directora general del Servicio Madrileño de Salud, se elabora el 13 de marzo de 2026 la oportuna

propuesta de resolución, en la que se interesa desestimar la reclamación interpuesta.

CUARTO.- Por escrito de la consejera de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 24 de marzo de 2026, se formuló la 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 193/26, 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 15 de abril de 2026.

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

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada según consta en los antecedentes, se regula en la LPAC de conformidad con su artículo 1.1, con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4 de la LPAC y del artículo 32 de la LRJSP, al ser la persona que recibió la asistencia sanitaria que se considera incorrecta.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que la asistencia sanitaria reprochada fue dispensada por el Hospital Universitario Ramón y Cajal, centro integrado en la red sanitaria pública.

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”*.

La reclamación de responsabilidad patrimonial registrada el día 24 de mayo de 2024, reprocha el resultado de la intervención quirúrgica practicada el 18 de febrero de 2022; en concreto, los dolores padecidos, no habiendo sido la paciente dada de alta en el servicio correspondiente, en la fecha de interposición de la reclamación. De

hecho, el 10 de junio de 2024 acude a consulta en el Servicio de Cirugía Torácica, donde le plantean retirar las barras implantadas. . Por tanto, hemos de entender que la reclamación ha sido presentada en el plazo legalmente establecido.

Ahora bien, ello no permite atender reproches independientes de las secuelas de la operación, respecto de los cuales la reclamación habría de entenderse extemporánea, tales como la alegada mala atención personal previa a la operación o durante la estancia en el hospital, o la crítica concreta al documento de consentimiento informado, suscrito el 13 de diciembre de 2021.

Por último, no se observa ningún defecto en la tramitación del procedimiento pues, de acuerdo con el artículo 81 de la LPAC, se ha recabado el informe del Servicio de Cirugía Torácica del Hospital General Universitario Ramón y Cajal y un informe de la Unidad del Dolor del mismo hospital, además de haber solicitado informe a la Inspección Sanitaria. Después de su incorporación al expediente, conforme a lo dispuesto en el artículo 82 de la LPAC, se ha concedido el trámite de audiencia a la reclamante y, por último, se ha formulado la correspondiente propuesta de resolución en sentido desestimatoria, remitida, junto con el resto del expediente, a la Comisión Jurídica Asesora para la emisión del preceptivo dictamen.

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 reciente Sentencia del Tribunal Supremo de 27 de enero de 2026 (recurso de casación 5434/2024) señala:

«Así, como ya dijimos en nuestra STS de 15 de marzo de 2018 (Rec. 1016/2016) “no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente” -sentencias del Tribunal Supremo de 25 de abril , 3 y 13 de julio y 30 de octubre de 2007 , 9 de diciembre de 2008 y 29 de junio de 2010-, por lo que “la actividad médica y la obligación del profesional es de medios y no de resultados, de prestación de la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo, de manera que los facultativos no están obligados a prestar servicios que aseguren la salud de los enfermos, sino a procurar por todos los medios su restablecimiento, por no ser la salud humana algo de que se pueda disponer y otorgar, no se trata de un deber que se asume de obtener un resultado exacto, sino más bien de una obligación de medios, que se aportan de la forma más ilimitada posible” también, entre otras, SSTS de 10 y 16 de mayo de 2005».

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

CUARTA.- Aplicada la anterior doctrina al presente caso, resulta que la reclamante reprocha que ha existido mala praxis porque con

ocasión de la operación para tratar el pecho hundido, padece un dolor que antes no tenía.

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.

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

En el presente caso, la reclamante, a quien incumbe la carga de la prueba, no ha incorporado al procedimiento ningún tipo de acreditación de que la atención que le fue dispensada fuera incorrecta o inadecuada, sin que sirvan a este propósito las afirmaciones contenidas en el escrito de reclamación, sin sustento probatorio alguno.

Por el contrario, los informes médicos que obran en el expediente coinciden en señalar que la asistencia sanitaria fue acorde con la *lex artis*.

En relación con el reproche concreto de la técnica empleada, en cuanto posible causa del dolor padecido - técnica de Ravitch en lugar de la técnica de Nuss, como propone la reclamante, el informe médico del Servicio de Cirugía Torácica explica que aquella es recomendable por los síntomas de la paciente (disnea de moderados esfuerzos) y por el elevado índice de Haller, que *“es el cociente entre el diámetro transversal y longitudinal del tórax. Se considera elevado cuando es mayor de 3,5. El índice de la paciente es de 8,21. (...) No se indicó la técnica de Nuss ya que la paciente tenía 42 años, cuando fue valorada en consultas y dicha técnica se suele realizar en pacientes en edad puberal o adultos jóvenes, por la laxitud de las estructuras de la pared torácica, que se pierde a edades más avanzadas”*.

La Inspección Sanitaria se pronuncia en el mismo sentido:

“El índice de Haller es una herramienta utilizada para medir la gravedad de esta deformidad, específicamente la relación entre el diámetro transversal y anteroposterior del tórax. Un índice de Haller (IH) mayor a 3.25 se considera indicativo de pectus excavatum, y valores más altos sugieren una deformidad más severa”.

(...)

“El tratamiento quirúrgico puede ser mediante remodelación estructural (como la técnica de Ravitch) o mediante prótesis personalizada 3D en casos estéticos sin compromiso funcional. La elección del tipo de intervención debe individualizarse según la edad, la clínica, la morfología del defecto y las expectativas del paciente. La cirugía del pectus excavatum debe entenderse como una herramienta terapéutica tanto estructural como estética, y no exclusivamente funcional”.

Después de justificar la aplicación de la técnica de Ravitch modificada a la reclamante, especifica las razones por las que no se le recomienda a la reclamante la técnica de Nuss.

“La técnica de Nuss es una cirugía mínimamente invasiva que consiste en introducir una barra metálica curva por debajo del esternón para empujarlo hacia fuera. Aunque es el gold standard en adolescentes y adultos jóvenes, no se recomienda en adultos mayores por varias razones:

- 1. Rigidez torácica: Con la edad, el tórax pierde flexibilidad, lo que dificulta el moldeado pasivo que requiere la barra de Nuss.*
- 2. Mayor riesgo de complicaciones: En adultos, se ha observado una mayor tasa de complicaciones con la técnica de Nuss en comparación con Ravitch.*
- 3. Dolor postoperatorio más intenso y prolongado.*
- 4. Resultados menos predecibles en cuanto a la corrección estética y funcional”.*

Asimismo, añade que la elección del procedimiento fue consensuada tras valoración en sesión clínica.

Por ello, entendemos que no ha quedado justificada la mala praxis en cuanto a la elección de la técnica quirúrgica y la oferta de alternativas a la paciente.

En relación al dolor padecido por la reclamante, una vez intervenida, nos remitimos al informe del Servicio de Cirugía Torácica en primer lugar, según el cual:

“Ante la sensación de dolor persistente solicito presión intracraneal a la Unidad de Dolor que se encarga del seguimiento del tratamiento analgésico. El día 6 de junio de 2022 es valorada en consultas donde la paciente siente mayor hundimiento en pecho. En las radiografías de tórax no se aprecia desplazamiento o rotura de barras de titanio. Solicito TAC de control. El día 4 de agosto de 2022 veo TAC de tórax en el que se aprecia que no hay complicación en la cirugía realizada; aprecio gran mejoría en el índice de Haller y también en la angulación entre el manubrio y el cuerpo de 132 grados”.

Al respecto, el informe de la Inspección también es concluyente:

“La paciente firmó el consentimiento informado, documento que recoge los riesgos inherentes a la técnica, incluyendo dolor crónico por atrapamiento nervioso. La evolución postoperatoria fue dentro de lo esperable, con complicaciones leves (supuración superficial, dolor persistente), que fueron abordadas mediante seguimiento multidisciplinar en la Unidad del Dolor y Neumología.

Respecto al tono de la reclamación, se observa una discrepancia entre la percepción subjetiva de la paciente y la documentación clínica. La acusación de falta de exploración, desatención y toma de fotografías sin consentimiento no se sustenta en registros clínicos ni en el testimonio del profesional, quien niega tales hechos. Cabe destacar que la paciente se describe como informada y empoderada, con conocimiento de las técnicas quirúrgicas disponibles, lo que contrasta con su afirmación de desconocer el tipo de intervención que le iban a realizar, ya que había decidido hasta los 42 años un tratamiento conservador de su patología congénita, hasta que comenzó con clínica de falta de aire. Asimismo, se niega a realizarse una broncoscopia y en varias ocasiones no acude a consultas, una de ellas de revisión de

incapacidad temporal laboral, aun conociendo que es motivo de alta. No le han concedido ningún grado de discapacidad.

La segunda opinión recibida por la paciente confirma la corrección técnica de la cirugía y la necesidad de mantener las barras durante al menos dos años, lo que refuerza la adecuación del procedimiento inicial. No se identifican elementos que indiquen mala praxis médica, sino una evolución postoperatoria compleja en una paciente con antecedentes de ansiedad, artritis psoriásica en tratamiento inmunosupresor, y sensibilidad aumentada al dolor, factores que pueden influir en la percepción y tolerancia al proceso quirúrgico.

Desde una perspectiva médico-administrativa, resulta relevante señalar que, tras la última cita registrada con el Servicio de Cirugía Torácica el 10 de junio de 2024, no consta en la historia clínica que la paciente acudiera a la revisión prevista en septiembre ni que se hubiera intervenido quirúrgicamente. A partir de ese momento, desaparecen los registros de dolor torácico en Atención Primaria, reapareciendo únicamente 13 meses después, en julio de 2025. Este patrón, en el que la paciente transita de una causa de baja a otra sin solución de continuidad, merece consideración desde el ámbito del control de la incapacidad temporal.

Conclusión: El abordaje clínico y quirúrgico fue conforme a la buena práctica médica, con documentación adecuada, indicación justificada y seguimiento multidisciplinar. Las discrepancias expresadas en la reclamación parecen derivar más de una vivencia subjetiva del proceso que de una actuación negligente, y el manejo de la incapacidad temporal plantea interrogantes sobre la continuidad asistencial y la justificación clínica de su prolongación”.

De ello se colige que el dolor no revela una mala praxis en la asistencia y el trato recibido.

De hecho, se comprueba en el expediente que durante el postoperatorio la paciente no manifiesta ninguna queja destacable, más allá de los dolores, de los que es tratada por diversos servicios.

En lo que al documento de consentimiento informado se refiere, figura en el folio 183 del expediente y, tal como recoge la Inspección en su informe (folio 217), entre los riesgos de la operación se incluye la posible infección superficial de las heridas y el dolor en la zona de la operación, de modo que la intervención fue realizada con pleno conocimiento de la recurrente.

Cabe, por tanto, considerar que la lectura del documento permitió a la interesada conocer los riesgos que podían materializarse, aunque la técnica fuera irreprochable desde la perspectiva de la *lex artis*, como sucede en este caso.

Debemos recordar que el consentimiento informado supone *“la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a la salud”* (artículo 3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Ley básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica). El artículo 8.1 de esta ley dispone: *“Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso”*. Añade el apartado 2: *“El consentimiento (...), se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la*

salud del paciente”. Ello implica que los daños derivados de los riesgos de la intervención asumidos por el paciente al firmar el documento de consentimiento informado excluyen la antijuridicidad.

En relación con el resto de reproches (realización de fotografías, deficiente curación de las heridas o mal trato de los profesionales), además de considerar prescrita su reclamación, hemos de poner de manifiesto que ninguna prueba de ellos se observa en el expediente, por lo que no se puede confirmar que la reclamante haya sufrido daño alguno derivado de aquellos.

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 a la reclamante se ajustó a los protocolos y guías de aplicación en función de su sintomatología, siendo 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, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Décima, en su Sentencia de 20 de noviembre de 2025 (recurso 1031/2023), “*sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen también un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del Médico Inspector, y de la coherencia y motivación de su informe*”.

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 del Hospital General Universitario Ramón y Cajal.

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

Madrid, a 15 de abril de 2026

El presidente de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 209/26

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid