

Dictamen n.º: **257/26**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **06.05.26**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 6 de mayo de 2026, aprobado por unanimidad, 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 Dña., por los daños sufridos como consecuencia de la asistencia prestada por el Hospital Universitario Rey Juan Carlos, de Móstoles, en el diagnóstico y tratamiento de una colelitiasis.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por escrito presentado en el registro de la Consejería de Sanidad el día 30 de enero de 2023, la interesada antes citada, asistida por abogado, formula reclamación de responsabilidad patrimonial (folios 1 a 18 del expediente administrativo) por los daños y perjuicios sufridos por el error de diagnóstico de una colelitiasis en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos que determinó que se le extirpara la vesícula, sin existir causa para ello.

Según refiere la reclamante, el día 20 de diciembre de 2021 se le realizó una ecografía en el citado centro hospitalario y, tras valoración de dicha prueba por su médico de Atención Primaria, fue derivada al

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo de ese mismo centro, donde se le comentó que era *“muy peligroso tener piedras en la vesícula porque puede provocarme una pancreatitis y eso es muy grave (...)”*. Dice que se le indicó, además, que debía hacerse pronto a pesar de que ella trató de explicar que nunca había padecido de la vesícula ni había tenido cólicos y que desde que había tenido *“el COVID (31/07/2020) me duele todo el cuerpo”* y que comentó si no sería mejor esperar antes que tener que someterse a una intervención quirúrgica a lo que el cirujano respondió que *“primero hay que operar y que luego, si el dolor persiste, hará una gastroscopia”*.

El escrito de reclamación critica que el cirujano diera por bueno el informe de la ecografía, sin plantearse la posibilidad de ver la ecografía o pedir su repetición.

Manifiesta que, tras la intervención realizada el día 3 de febrero de 2022, y el análisis de la vesícula por Anatomía Patológica resultó que no había cálculos en la vesícula, por lo que reprocha que se le haya extraído sin motivo alguno, manifestando su desacuerdo con el diagnóstico de colecistitis crónica señalado por el informe de Anatomía Patológica.

Dice que, desde la intervención, tiene que hacer dieta baja en grasa, tiene miedo a hacer vida social, tiene depresión y, además, cuatro cicatrices en el abdomen, destacando la del ombligo, con una pequeña protuberancia. Refiere, además, precisar la sustitución del omeprazol por el esomeprazol y que ha sido diagnosticada de una hernia de hiato y diverticulosis colónica.

Solicita una indemnización de 34.560,27 euros, cantidad resultante de la suma de 2.698,50 euros por incapacidad temporal (30 días de perjuicio moderado (1.711,20 euros) y 30 días de perjuicio básico (987,30 euros); 10.135,69 euros por secuelas funcionales: 8

puntos por ausencia de vesícula, 3 puntos por agravación de ansiedad (depresión) y 5 puntos de perjuicio estético ligero; 16.455,15 euros por perjuicio moral por pérdida de calidad de vida leve y 1.150 euros por intervención quirúrgica.

Aporta con su escrito (folios 19 a 64) copia de la autorización para la presentación de su solicitud por un abogado, con copia de su DNI, diversos informes médicos, ecografías anteriores que no refería alteraciones en la vesícula, fotografías de las cicatrices y un informe médico pericial, firmado por un especialista en Medicina del Trabajo que, tras analizar los antecedentes y la asistencia sanitaria prestada a la paciente, considera que la colecistectomía no estaba indicada por existir *“un error diagnóstico ecográfico y ausencia de otras pruebas o repetición de la ecografía errónea”* y añade que *“los antecedentes de polipatología y asistencia multidisciplinaria por especialistas diferentes, la existencia de ecografías normales anteriores, un síndrome inflamatorio de COVID y la existencia de divertículos en colon, pueden justificar el cuadro clínico que la paciente sufría. La vesícula biliar informada en la biopsia de colecistectomía, no tenía litiasis y su anatomía era aparentemente normal (superficie, mucosa, pared, tamaño) y no justifican el diagnóstico de colecistitis, patología esta que precisaría por otra parte un tratamiento conservador antes de una decisión quirúrgica en tiempo corto, solo indicada en procesos agudos”*.

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

La reclamante, nacida en 1961, presentaba antecedentes quirúrgicos de amígdalas, apéndice y nódulos en cuerdas vocales y médicos de hipotiroidismo, hipertensión arterial, dislipemia, crisis de ansiedad desde 1995 hasta el año 2000, COVID-19 en julio de 2020 y diagnosticada de esteatosis hepática en septiembre de 2020.

El día 17 de diciembre de 2021, acudió a su médico de Atención Primaria por dolor a nivel del flanco derecho de dos semanas de evolución. *“EF: dolor a la palpación en flanco derecho, posiblemente compatible con costilla flotante. Plan: ecografía”*.

Realizada la ecografía el día 20 de diciembre de 2021, con fecha 11 de enero, el médico de Atención Primaria anota el resultado de la ecografía:

“Hígado de tamaño normal, contornos lisos y ecogenicidad aumentada de forma difusa lo que sugiere infiltración grasa sin aparentes lesiones focales. No dilatación de la vía biliar. Vesícula biliar de tamaño normal, pared fina con imágenes litiásicas en su interior.

Área pancreática visualizada, bazo y ambos riñones sin alteraciones ecográficas significativas.

Vejiga escasamente replecionada sin hallazgos valorables. No líquido libre intraabdominal.

Conclusión:

Hallazgos ecográficos sugestivos de esteatosis hepática. Colelitiasis. Resto del estudio sin hallazgos significativos”.

A la vista del citado informe, el médico de Atención Primaria derivó a la paciente al Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital Universitario Rey Juan Carlos por colelitiasis: *“presenta dolor en HCD. Además, presenta dolor epigastrio por lo que su MAP le ha solicitado HP que ha sido negativo”*, que atendió a la paciente el día 24 de enero de 2022 (folio 263).

Tras una exploración física, normal, se valoró el resultado de la ecografía que aportaba y, a la vista de su informe, el médico propuso colecistectomía, firmando la paciente, ese mismo día, 24 de enero de 2022, el documento de consentimiento informado para dicha intervención, programándose colecistectomía laparoscópica, con el diagnóstico de patología hepatobiliar benigna, colelitiasis.

Según recoge el documento de consentimiento informado firmado por la paciente, el cirujano le había informado que, mediante este procedimiento, se pretendía *“la eliminación de los dolores cólicos, mejorar la tolerancia a los alimentos, evitar complicaciones como inflamación aguda de la vesícula biliar, del páncreas y/o ictericia que precisarían en muchas ocasiones una intervención urgente”*.

En relación con la técnica quirúrgica, el documento de consentimiento informado señala:

“Al operarse por laparoscopia se pretende evitar una incisión mayor. Al realizarse incisiones más pequeñas se disminuye el riesgo de hernias postoperatorias. El dolor postoperatorio generalmente es más leve, la recuperación del tránsito intestinal suele ser más rápida, y el periodo de convalecencia postoperatorio suele ser más corto y confortable. Mejores resultados estéticos”.

En relación con las alternativas al procedimiento, el documento de consentimiento informado indica que *“no existe una alternativa eficaz de tratamiento para su enfermedad, pero puede operarse por cirugía abierta”*. Como riesgos poco graves y frecuentes se contemplaba la posibilidad de *“trastornos temporales de las digestiones”*.

Con esa misma fecha, 24 de enero de 2022, se incluyó a la paciente en la lista de espera quirúrgica.

El estudio preoperatorio para la intervención por el Servicio de Anestesia y Reanimación se realizó el día 1 de febrero de 2022, calificada como riesgos ASA II.

La intervención tuvo lugar el día 3 de febrero de 2022, sin incidencias (folio 192).

El informe de anatomía patológica de la vesícula biliar extraída dice: *“La superficie externa es lisa y brillante. Tras la apertura no se identifican cálculos. La mucosa es de apariencia verde aterciopelada. El espesor máximo de la pared es de 0.2 cm. Inclusión parcial en un bloque. DIAGNÓSTICO Colecistectomía: Colecistitis crónica. (Pág. 377)”*.

El día 25 de abril de 2022, la paciente acudió al Servicio de Cirugía de una clínica privada por distensión abdominal tras la colecistectomía realizada, así como episodios de diarrea intermitente, siendo diagnosticada de diverticulosis colónica y hernia de hiato.

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 (LPAC).

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81 de la LPAC, se ha incorporado al expediente un informe del jefe del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, de 9 de febrero de 2023 (folios 113 y 114) que, tras referir la asistencia prestada a la reclamante, concluye:

“La intervención fue planificada adecuadamente en tiempo y forma, con una espera reducida habitual en nuestro centro que se caracteriza por una atención rápida a nuestros pacientes. El único interés del hospital en realizar una gestión ágil y rápida de la lista

de espera es reducir las molestias y riesgos potenciales derivados de los cálculos biliares.

En informe anatomopatológico no muestra la presencia de cálculos, pero sí de colecistitis crónica que es una inflamación crónica de la mucosa de la vesícula que generalmente es producida por una irritación continúa ejercida por algún cálculo. Otras causas menos frecuentes son infecciones y tumores que no existían en este caso. En ocasiones existe un cálculo único o varios muy pequeños, que en el intervalo de tiempo desde el diagnóstico ecográfico hasta la intervención quirúrgica son expulsados al duodeno y no se identifican en el estudio anatomopatológico. Incluso en esos casos, se recomienda extirpar la vesícula por ser litógena (productora de cálculos) por un mal funcionamiento, que en el futuro puede volver a producir cálculos.

El informe médico al alta recomienda reposo relativo, no un reposo absoluto durante 4 semanas.

Se le explica a la paciente que debe evitar esfuerzos físicos durante ese periodo de tiempo, no que permanezca en reposo absoluto.

Igualmente se recomienda una dieta blanda baja en grasas. No se recomienda una dieta sin grasas. Todos los pacientes operados de la vesícula biliar llevan este tipo de recomendación que no es una dieta estricta ni limitante o incapacitante. Incluso la transgresión dietética de esta recomendación, en caso de ingerir abundantes grasas en alguna comida, lo único que puede causar es una digestión más pesada.

El diagnóstico posterior de una hernia de hiato, precisando esomeprazol no tiene relación causal con la colecistectomía. Existe una patología digestiva denominada tríada de Saint que incluye

diverticulosis, colelitiasis y hernia de hiato. Patologías diferentes pero coincidentes en un mismo paciente.

Todas las intervenciones quirúrgicas laparoscópicas se acompañan de mínimas incisiones con un resultado estético mejor que la cirugía abierta”.

A solicitud de la Inspección Sanitaria, ha emitido informe el Servicio de Radiología del Hospital Universitario Rey Juan Carlos en el que, tras analizar los conceptos de sensibilidad y especificidad de las pruebas diagnósticas, así como valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN), dice:

“En nuestro caso la literatura se observa que la ecografía es la prueba de elección para evaluar la colelitiasis, con un 100% de sensibilidad y 18% de especificidad, 81% de VPP y 100% de valor predictivo negativo (VPN).

Concluyendo con la información aportada, significa que de 100 veces que un radiólogo dice que existe colelitiasis en 81 veces la anatomía patológica lo confirmará y en 19 veces no habrá colelitiasis.

Estos datos vienen siendo parecidos desde la aparición de la ecografía y no depende de si la ecografía la ha realizado un médico radiólogo o un técnico de radiología especializado en ecografía.

Los hallazgos de anatomía patológica lo dan de colecistitis crónica. Los hallazgos por imagen de esta patología son poco frecuentes y no tienen por qué coincidir con los hallazgos descritos”.

Se ha incorporado la historia clínica de la paciente en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

Consta, asimismo, la emisión de informe por la Inspección Sanitaria, de 22 de marzo de 2024, que, tras un análisis de los hechos, concluye que *“pudieran haberse dado alguna situación de mala praxis en este caso pero que las consecuencias para la paciente han sido mínimas pues si bien es cierto que la extirparon la vesícula por unos cálculos que no se han podido constatar su existencia, si se ha constatado en el informe de anatomía patología la existencia de colelitiasis crónica que significa inflamación e irritación prolongada de la vesícula y de hecho tenía la pared muy fina y esta situación sin tratar puede dar graves problemas incluso la muerte del tejido de la vesícula (gangrena). Es la complicación más común, en especial en personas mayores, personas que esperan a recibir tratamiento y personas con diabetes. Esto puede llevar también a un desgarro en la vesícula o que esta revienta. Así como desembocar en cáncer de vesícula biliar. Complicaciones graves que se han evitado al extirpar la vesícula y tal como decimos en el apartado de consideraciones medicas la vesícula es un órgano que no es necesario para vivir, ya que la bilis puede fluir directamente desde el hígado al intestino delgado”*.

Notificado el trámite de audiencia a la reclamante y al Hospital Universitario Rey Juan Carlos, la primera formula alegaciones el día 2 de agosto de 2024, indicando que en el informe de la Inspección Sanitaria se concluye de forma inequívoca con la existencia de mala praxis, por lo que procede la estimación íntegra de su reclamación.

El día 26 de julio de 2024, presenta escrito de alegaciones la gerente del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, oponiéndose a la reclamación e insistiendo que la asistencia dispensada a la paciente ha sido conforme a la *lex artis*.

Con fecha 17 de septiembre de 2024 la viceconsejera de Sanidad y directora general del Servicio Madrileño de Salud formula propuesta de

resolución que desestima la reclamación al quedar acreditado que la asistencia sanitaria prestada a la paciente fue acorde a la *lex artis*.

Por escrito de la consejera de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 26 de septiembre de 2024 se formuló preceptiva consulta a este órgano.

La Comisión Jurídica Asesora emitió el Dictamen 677/24, de 30 de octubre, en el que se concluye la procedencia de retrotraer el procedimiento para que el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Rey Juan Carlos se pronuncie sobre el diagnóstico de colecistitis crónica.

Solicitado por la instructora, mediante escrito registrado el día 29 de noviembre de 2024, se adjunta el informe del jefe de Servicio de Anatomía Patológica de 20 de noviembre de 2024 en el que se expone:

«El diagnóstico de “Colecistitis crónica” es realizado por parte de los patólogos cuando visualizamos en la mucosa y pared de la vesícula biliar un infiltrado inflamatorio compuesto fundamentalmente por linfocitos, células plasmáticas e histiocitos.

No es necesaria la presencia de cálculos en la luz de la vesícula para realizar el diagnóstico de colecistitis crónica.

Según revisión por mi parte de las muestras custodiadas en nuestro archivo, el diagnóstico anatomopatológico fue correcto.

Según la literatura, está descrita la posibilidad de no encontrar cálculos en la luz de la vesícula a pesar de ser visualizados ecográficamente, por diversos motivos: expulsión previa, composición/consistencia variables (lodo biliar) y otros».

El 27 de marzo de 2025, un abogado solicita personarse en el procedimiento en representación de la reclamante, que se dé impulso a la tramitación del expediente y se dicte propuesta de resolución. Acompaña poder general para pleitos y especial para otras facultades, acreditativo de la representación otorgado a su favor, acusando la instructora recibo de dicho escrito el día 16.

El 2 de junio de 2025 presenta un nuevo escrito solicitando el impulso de tramitación del procedimiento y que se dicte propuesta de resolución.

El 16 de julio de 2025, la Inspección Sanitaria emite informe de ampliación en el concluye que: *“Una vez revisada toda la documentación obrante en el expediente, incluido el informe de adicional de anatomía patológica y la consulta bibliográfica considero que la asistencia sanitaria dispensada a (la reclamante), fue adecuada y de acuerdo a la lex artis”*.

Concedido nuevo trámite de audiencia al Hospital Universitario Rey Juan Carlos, el día 1 de septiembre de 2025 presenta un escrito en el que se ratifica en sus alegaciones previas y sostiene que la conformidad de la actuación del hospital y de todos los profesionales a la *lex artis* consta acreditada con el informe médico, la historia clínica, así como con el nuevo informe de ampliación realizado por la Inspección Sanitaria.

El 12 de septiembre de 2025 la reclamante, en el trámite de audiencia conferido, solicita la nulidad de actuaciones y la retroacción del procedimiento hasta el momento del dictado de la propuesta de resolución de 17 de septiembre de 2024 para que se dicte la resolución que corresponda, al mostrar su total disconformidad con la retroacción del procedimiento y la práctica de nueva prueba de oficio y de forma extemporánea, una vez cumplimentado el trámite de audiencia y dictada la propuesta de resolución. De forma subsidiaria, alega que el

informe de 20 de noviembre de 2024 emitido por el Servicio de Anatomía Patológica no desvirtúa el hecho de que se le quitó la vesícula sin motivo, sobre la base de una ecografía y un informe que concluían la existencia de cálculos que luego se demostró que no tenía. Afirma que este informe no desvirtúa la principal conclusión del primer informe de Inspección médica de fecha 29 de mayo de 2024; reproduce su primer escrito y las secuelas ocasionadas. Afirma que el informe de ampliación de la Inspección Sanitaria es un compendio de consideraciones medicas genéricas, que nada dice acerca del caso concreto y que no discute, ni explica las razones por las que el primer inspector médico podía estar equivocado cuando concluye que hubo mala praxis. Por último, solicita la estimación íntegra de su reclamación.

El 20 de octubre de 2025, la viceconsejera de Sanidad y directora general del Servicio Madrileño de Salud formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación.

CUARTO.- El 24 de marzo 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.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el n.º 195/26, a la letrada vocal Dña. M.^a del Pilar Rubio Pérez de Acevedo, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 6 de mayo de 2026.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f.a) de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a quince mil euros, por solicitud del consejera de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3 a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

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

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al haber recibido la atención sanitaria objeto de reproche.

Se cumple, igualmente, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, por cuanto el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado en un centro sanitario concertado con la Comunidad de Madrid, como es el caso del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, en el marco de la asistencia sanitaria pública del Sistema

Nacional de Salud. Así, esta Comisión viene reconociendo la legitimación de la Comunidad de Madrid para conocer de la responsabilidad en los supuestos en los que la asistencia sanitaria se presta en centros concertados, siguiendo el criterio mantenido por el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en sentencias como la de 14 de marzo de 2013 (recurso 1018/2010) o la de 16 de octubre de 2023 (recurso 50/2022) o la más reciente Sentencia del Tribunal Supremo de 2 de diciembre de 2025 (recurso 6243/2023), y ello sin perjuicio de la obligación última del titular del centro.

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

En el presente caso, resulta de la documentación examinada que la reclamante fue intervenida el día 3 de febrero de 2022, realizándose una colecistectomía y conoció el resultado del informe de Anatomía Patológica, en el que se descartaba la existencia de cálculos en la vesícula biliar el día 16 de febrero de 2022, por lo que no existe duda alguna de que la reclamación presentada el día 30 de enero de 2023, está formulada en plazo.

Respecto al procedimiento seguido, se han solicitado los informes preceptivos previstos en el artículo 81 de la LPAC, al Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, al Servicio de Radiología y al Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

Se ha incorporado al expediente la historia clínica de la paciente y el informe a la Inspección Sanitaria que posteriormente ha sido ampliado. Se ha cumplimentado el trámite de audiencia a la reclamante y al hospital, en virtud de lo dispuesto en el artículo 82 de la LPAC y,

por último, se ha formulado la correspondiente propuesta de resolución, 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 rige por 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 en los artículos 32 y siguientes del capítulo IV del título preliminar de la LRJSP, completado con lo dispuesto en materia de procedimiento en la ya citada LPAC.

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.

La Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 19 de marzo de 2026 (recurso 112/2023) y la de 11 de marzo de 2022 (recurso 771/2020), recuerdan que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, “*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, la reclamante reprocha que se le quitó la vesícula, sin tener cálculos, y que esto le ha producido las secuelas que detalla.

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, se pronuncia la reciente Sentencia del Tribunal Supremo de 27 de enero de 2026 (recurso 5434/2024):

“(…) 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, (...)”.

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 24 de febrero de 2026 (recurso 744/2024), 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...”*.

En este supuesto, nos encontramos con un informe médico pericial aportado por la reclamante y diversos informes médicos de los servicios que atendieron a la paciente, así como el informe de la Inspección Sanitaria, posteriormente ampliado.

Se observa que, tanto el escrito de la reclamante, como el informe pericial que aporta, discuten el diagnóstico de colecistitis crónica y afirman que *“el resultado de las biopsias demuestra que en la vesícula biliar no tenía cálculos y que su anatomía era aparentemente normal (superficie, mucosa, pared y tamaño) y en ningún caso justificaban el diagnóstico de colecistitis y la decisión tan urgente de operarse”*. En este sentido, el informe pericial de parte indica que el tratamiento en caso de

colecistitis es conservador antes de la decisión quirúrgica en tiempo corto, solo indicada en procesos agudos.

Procede analizar, por tanto, dos cuestiones: si existió error al diagnosticar cálculos en la vesícula biliar en la ecografía y si lo hubo al diagnosticar colecistitis.

En cuanto a la existencia de cálculos diagnosticados en la ecografía, según el informe del Servicio de Radiología *“en las imágenes se observa una imagen hiperecogénica de hiperecogénica lineal de 4mm en pared vesicular (imagen 17), que es como se ven las colelitiasis de pequeño tamaño”*.

No obstante, la biopsia no evidenció los cálculos biliares, si bien, el Servicio de Anatomía Patológica destaca que *“Según la literatura, está descrita la posibilidad de no encontrar cálculos en la luz de la vesícula a pesar de ser visualizados ecográficamente, por diversos motivos: expulsión previa, composición/consistencia variables (lodo biliar) y otros”*.

Asimismo, el Servicio de Cirugía y Aparato Digestivo expone que en ocasiones *“existe un cálculo único o varios muy pequeños, que en el intervalo de tiempo desde el diagnóstico ecográfico hasta la intervención quirúrgica son expulsados al duodeno y no se identifican en el estudio anatomopatológico”*.

El primer informe de Inspección alude también a la posibilidad de expulsión del cálculo.

De todo lo anteriormente expuesto, hemos de concluir que no queda acreditado que el diagnóstico ecográfico fuera erróneo pues el informe del Servicio de Radiología confirma la existencia de una imagen que corrobora dicho diagnóstico y los informes médicos transcritos coinciden en señalar que, desde la realización de la ecografía, la

reclamante podía haber expulsado los cálculos biliares o incluso, que por otros motivos (composición...) no se encontraran con posterioridad.

A ello se une el hecho de que la paciente presentaba síntomas típicos de cólico biliar, descritos, asimismo, en el informe pericial que aporta.

Por otra parte, en cuanto a la falta de justificación del diagnóstico de colecistitis y la decisión de intervención urgente, alegado por el perito, éste en su informe define la colecistitis como *“inflamación de la pared de la vesícula biliar”* que *“inicia con infiltrado celular”* y que puede ser litiásica o alitiásica (sin cálculos), expone los factores predisponentes, la clínica (dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen, moderado o intenso, cólico o punzante...) y el tratamiento: *“el definitivo de la colecistitis es la cirugía, la colecistectomía, con 2 tipos, abierta o laparoscópica, esta última preferente por su recuperación más rápida que la abierta, (...). Su realización dependerá del tiempo de evolución del cuadro clínico, una colecistitis aguda con menos de 48 horas de evolución puede ser una urgencia, y si lleva más de 48 horas se prefiere la cirugía diferida a los 3-4 meses con tratamiento médico y controles, con dieta baja en grasas. El tratamiento médico, antibióticos y analgésicos”*.

En este sentido, el Servicio de Anatomía Patológica expone que el diagnóstico de *“colecistitis crónica”* se realiza cuando visualizan en la mucosa y pared de la vesícula biliar un infiltrado inflamatorio compuesto fundamentalmente por linfocitos, células plasmáticas e histiocitos sin que sea necesaria la presencia de cálculos en la luz de la vesícula. Afirma que, revisadas las muestras custodiadas en su archivo, el diagnóstico anatomopatológico fue correcto.

Al respecto, el informe del Servicio de Cirugía y Aparato Digestivo explica que *“es una inflamación crónica de la mucosa de la vesícula que*

generalmente es producida por una irritación continua ejercida por algún cálculo. Otras causas menos frecuentes son infecciones y tumores que no existían en este caso. En ocasiones existe un cálculo único o varios muy pequeños, que en el intervalo de tiempo desde el diagnóstico ecográfico hasta la intervención quirúrgica son expulsados al duodeno y no se identifican en el estudio anatomopatológico. Incluso en esos casos, se recomienda extirpar la vesícula por ser litógena (productora de cálculos) por un mal funcionamiento, que en el futuro puede volver a producir cálculos”.

El primer informe de Inspección indica que «La colecistitis crónica es la inflamación prolongada de la vesícula biliar, originada generalmente por episodios repetidos de inflamaciones agudas de este órgano (colecistitis aguda). Estos ataques suelen estar causados, a su vez, por la colelitiasis o cálculos biliares. Con el tiempo y la recurrencia de esas inflamaciones debidas a los cálculos, las paredes de la vesícula se engrosan. Esto puede producir molestias y si no se trata, con el tiempo, llegar a producir una fibrosis de la vesícula con reducción de la elasticidad y capacidad de la misma o una calcificación extensa que se denomina “vesícula en porcelana”. La colecistitis crónica no suele presentar síntomas ni fiebre, aunque, en ocasiones, hay episodios de reagudización en forma de colecistitis aguda (cálculos en la vesícula o que obstruyen los conductos biliares) que pueden manifestarse con fiebre, náuseas, vómitos y dolor en la zona derecha superior del abdomen. El tratamiento de la colecistitis crónica suele consistir en una intervención quirúrgica para extraer la vesícula -colecistectomía-, que suele llevarse a cabo por laparoscopia».

El 16 de julio de 2025, la Inspección Sanitaria emite informe de ampliación en el que efectúa las siguientes consideraciones médicas:

“Las crisis recurrentes de cólico biliar, con solo una oclusión temporal del conducto cístico, pueden provocar una inflamación y

cicatrización patológica del cuello de la vesícula biliar y del conducto cístico. Este proceso produce fibrosis como dato histológico de episodios de inflamación autolimitados repetidos y se denomina colecistitis crónica. El diagnóstico de colecistitis crónica se encuentra en un continuo cólico biliar porque es el resultado de crisis recurrentes.

Colecistitis alitiásica crónica: Dolor de tipo biliar, no explicable y sin criterios clínicos, patológicos o radiológicos claros para el diagnóstico. Puede mostrar engrosamiento de la pared de la vesícula biliar (pero sin cálculos biliares).

Los síntomas y signos de la colecistitis alitiásica aguda se parecen a los de la colecistitis litiásica aguda, es decir, dolor espontáneo y con la palpación del hipocondrio derecho, fiebre y leucocitosis. A menudo, la enfermedad tiene una evolución más fulminante que la de la colecistitis litiásica aguda y progresa más veces hacia la gangrena, el empiema o la perforación. Si se exceptúa la ausencia de cálculos, los signos ecográficos y de la TC se parecen a los de la colecistitis litiásica, es decir, engrosamiento de la pared de la vesícula y líquido pericolecístico.

Se aconseja la colecistectomía urgente una vez establecido el diagnóstico o si la sospecha clínica es elevada, dado que el riesgo de gangrena, perforación o empiema excede del 50%. De ordinario se requiere una colecistectomía, más que una colecistotomía, (...).

La tasa de mortalidad de la colecistitis alitiásica aguda alcanza hasta el 40%, sobre todo por las enfermedades asociadas de estos pacientes”.

Añade que no se conoce la causa del síndrome de dolor biliar alitiásico, pero las pruebas indirectas indican que varias etiologías

diferentes pueden culminar en la misma presentación clínica” que explica; que existe una notable preponderancia de mujeres jóvenes, en edad fértil, en las que el dolor biliar alitiásico se asemeja mucho a la epidemiología de la colelitiasis, lo que indica que las dos alteraciones comparten factores de riesgo parecidos. Describe varios estudios en los que se ha demostrado que más de la mitad de los pacientes con dolor biliar alitiásico, en realidad presentan una colelitiasis microscópica en las muestras de la resección de la vesícula biliar, lo que indica que el resultado de la ecografía inicial fue falsamente negativo; en otro, que, en un subgrupo de dichos pacientes, se encuentran pruebas histológicas de colesterosis en la vesícula biliar extirpada. Aunque generalmente es un hallazgo anatomopatológico casual, en algunos pacientes la colesterosis de la vesícula biliar puede alterar la contracción normal de la vesícula, produciendo así dolor biliar. En otros pacientes, la vesícula biliar reseca muestra una inflamación importante, característica de la colecistitis alitiásica crónica.

Indica que los síntomas del dolor biliar alitiásico pueden ser indistinguibles de los de la colelitiasis y después de realizar otras consideraciones finaliza: *“Establecer cuándo y a quién se practica una colecistectomía ante pacientes con dolor biliar y una ecografía normal es una decisión difícil”* y concluye que la asistencia fue acorde a la *lex artis*.

De todo lo anteriormente expuesto, podemos colegir que el diagnóstico de colelitiasis crónica fue correcto y todos los informes, incluido el pericial de parte, coinciden en señalar que la colecistitis crónica puede ser litiásica y alitiásica y su tratamiento es la colecistectomía.

En ese sentido, las sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de octubre de 2023 (recurso 157/2021) y de 13 de enero de 2022 (recurso 640/2018) afirman que:

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

En cuanto a la urgencia en su realización, como señala el perito, el tratamiento definitivo es la cirugía, por lo que el hecho de que se la realizaran en un breve plazo de tiempo desde que se efectuó el diagnóstico ha evitado las posibles complicaciones descritas, aspecto que, asimismo, aparecía recogido en el documento de consentimiento informado firmado por la paciente en el que se decía que mediante ese procedimiento se pretendía *“evitar complicaciones como inflamación aguda de la vesícula biliar, del páncreas y/o ictericia que precisarían en muchas ocasiones una intervención urgente”.*

Por último, respecto a las secuelas que dice padecer, el documento de consentimiento informado, en relación con la técnica quirúrgica, señala que *“al operarse por laparoscopia se pretende evitar una incisión mayor. Al realizarse incisiones más pequeñas se disminuye el riesgo de hernias postoperatorias. El dolor postoperatorio generalmente es más leve, la recuperación del tránsito intestinal suele ser más rápida, y el periodo de convalecencia postoperatorio suele ser más corto y confortable. Mejores resultados estéticos”*. Respecto a las alternativas al procedimiento, indica que *“no existe una alternativa eficaz de tratamiento para su enfermedad, pero puede operarse por cirugía abierta”* y, como riesgos poco graves y frecuentes, se contemplaba la posibilidad de *“trastornos temporales de las digestiones”*.

Por tanto, eran riesgos asumidos por la reclamante, lo que descarta la antijuridicidad del daño.

En definitiva, de acuerdo con el informe ampliatorio de la Inspección Sanitaria, la asistencia sanitaria ha sido acorde a la *lex artis*, informe al que esta Comisión Jurídica Asesora atribuye especial valor pues, como recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, entre otras, en sus sentencias de 6 de marzo de 2026 (recurso 462/2023) y 18 de septiembre de 2025 (recursos 462/2022, 466/2022 y 51/2023): *“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 formulada por no haberse acreditado infracción de la *lex artis*.

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 6 de mayo de 2026

El presidente de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 257/26

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid