

Dictamen n.º: **387/26**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **01.07.26**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 1 de julio de 2026, sobre la consulta formulada por la consejera de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña., por los daños y perjuicios sufridos, al considerar que la neuropatía axional del nervio mediano derecho que padece en el brazo es consecuencia del intento de colocación de un catéter midline en la región medial del brazo en el Servicio de Cirugía del Hospital Universitario de Móstoles.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por escrito presentado en una oficina de Correos el 5 de abril de 2024, la persona mencionada en el encabezamiento formula una reclamación de responsabilidad patrimonial contra el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), en la que, en primer lugar, indica que, *“a causa de una negligencia médica de gravedad causada por los profesionales médico-sanitarios del Hospital Universitario de Móstoles, padezco una neuropatía axional del nervio mediano derecho a nivel proximal en el brazo, de origen traumático y con secuelas”*.

La interesada señala que así consta en los informes médicos que adjunta, y refiere que *“esa neuropatía se debe, es decir, se causa por el daño, de considerable gravedad, que se me produce en el intento de colocación de un catéter midline en la región medial del brazo, bajo la axila, lo que sucede en fecha 17/10/2023, por la tarde, en el Servicio de Cirugía del Hospital Universitario de Móstoles, desconociendo la identidad de la persona que llevó a cabo tan nefasta intervención, así como su cualificación profesional. En este punto, he de incidir en que el Hospital, a pesar de mis peticiones, no me facilita la información y cualificación del profesional que llevó a cabo la negligente intervención a la que me acabo de referir; ignoro por qué motivo, pero el ocultismo es absoluto”*.

La reclamante indica que el juicio clínico, *“tras la negligente y pésima intervención”*, fue el de *“midline mal posicionado. El catéter no pudo ser colocado, la punta quedó rota por dentro y no se pudo retirar”*. Relata que se intentó, ese mismo día, retirar el citado catéter, de modo que, con tal fin, fue intervenida de nuevo, *“pero los cirujanos y traumatólogos de dicho hospital solo consiguieron sacar una parte, por lo que, a los tres días, tuve que sufrir otra operación, esta vez realizada por los cirujanos vasculares del Hospital Fundación de Alcorcón”*.

Señala también que, como aparece en los informes médicos, se apreció una guía metálica saliendo a través del brazo, lo que le causó unos terribles e intensos dolores, por lo que, finalmente, se tuvo que llevar a cabo una cirugía intravascular en el Hospital Universitario Fundación de Alcorcón en fecha 20 de octubre de 2023, con el fin de extraer el material extraño, *“observándose pelo deshilachado que sale de la incisión quirúrgica en contacto con nervio mediano y atraviesa la vena humeral para alojarse en el tríceps”*.

La interesada afirma que estamos ante un claro y evidente supuesto de negligencia médica por error quirúrgico grave, con muy

considerables consecuencias o efectos, dado que ha perdido la movilidad de la mano derecha (es diestra) y, además, precisa de una nueva intervención quirúrgica, *“con un resultado imprevisible, según se me ha informado por los profesionales médicos competentes, ya que, pudiera suceder que mejorara un poco o no mejorara nada”*.

Indica, finalmente, que necesita ayuda para todo, para atender cualquier labor diaria y cotidiana, incluso para su propio cuidado y atención personal y que, además, toda esta situación le ha causado tremendos perjuicios, de todo tipo, tanto económicos, como psicológicos. de modo que, según refiere, con 42 años de edad, *“a causa de tan negligente intervención para la colocación de un simple catéter, padezco de un dolor crónico y sufro secuelas muy importantes, que, posiblemente, no puedan solucionarse, lo que me ha causado, además, una depresión nerviosa, pues está claro que he perdido por completo la calidad de vida. En definitiva, padezco lesiones completamente ajenas a los riesgos normales de una operación o intervención quirúrgica. Y, todo ello, por un error ocurrido en un quirófano y causado por un profesional de un hospital del ámbito de la sanidad pública, como es el Hospital Universitario de Móstoles”*.

Por último, reprocha que el hospital no le ha facilitado determinada documentación relativa a su proceso asistencial y señala que no le es posible determinar aún el importe de la indemnización solicitada, pues depende de su concreta evolución clínica.

El escrito de reclamación se acompaña de una copia del DNI de la reclamante y de los diferentes escritos remitidos al centro hospitalario, así como de diversa documentación médica y relativa a consultas de Psicología (folios 1 a 83 del expediente).

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

La reclamante, de 42 años de edad en el momento de los hechos, fumadora de 10-20 cigarrillos/día y con antecedentes patológicos de paniculitis neutrofilica hemorrágica idiopática, con múltiples brotes e ingresos hospitalarios debidos a falta de control, pese a tratamientos inmunosupresores. Otros antecedentes médicos: taquicardia intranodal ablacionada en abril 2022, en seguimiento con bisoprolol, radiculopatía crónica, con afectación motora y sensitiva lumbar (incapacidad laboral por la misma), hidrosadenitis supurativa, trastorno adaptativo y colecistectomía. Tratamiento en ese momento: Prednisona 10, sertralina 50 (1-0-0), pregabalina 75 (1-0-1), furosemida (1-0-0), Targin 10/5 (1-0-1) y Septrim (antibiótico profiláctico).

En noviembre de 2015, sufre un primer brote de paniculitis neutrofilica hemorrágica idiopática en el miembro superior derecho, con sospecha de síndrome compartimental. Se realiza una fasciotomía, pero el diagnóstico es descartado. Biopsias sin signos de vasculitis y autoinmunidad negativa. Estudio de DADA2 negativo y analíticas sin alteraciones relevantes. Se inicia tratamiento inmunosupresor, sin respuesta.

Múltiples brotes recurrentes, requiriendo acceso venoso central con perfusión de morfina.

En enero de 2023, se produce un nuevo brote y se inicia tratamiento con rituximab, con buena respuesta desde entonces. En este ingreso, la paciente presenta una infección de vía venosa central, sin evidencia de endocarditis. Bacteriemia por *Klebsiella pneumoniae*. Candidiasis orofaríngea. Infección asintomática por SARS-CoV-2. Diarrea por *Clostridioides difficile*. En agosto de 2023, nueva dosis de rituximab, manteniendo respuesta favorable.

La paciente reingresa en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Móstoles por sospecha de un nuevo brote,

aparentemente más leve que los anteriores. Recibe pulsos de metilprednisolona (MP) 500 mg IV los días 16, 18, 20 y 22 de octubre de 2023.

Con fecha día 17 de octubre de 2023, debido al mal control del dolor y malos accesos venosos periféricos (lo cual es habitual en la paciente), se plantea canalización de vía central. Dado que en el último ingreso tuvo infección de la vía y que en ocasiones pasadas no ha podido canalizarse PICC por no avanzar, se plantea midline, con lo que la paciente se muestra de acuerdo, firmando el documento de consentimiento informado.

En UCI se aprecia en el miembro superior derecho una cicatriz en cara interna de brazo y antebrazo (aproximadamente 25 cm). Durante el procedimiento, precisa 3 venopunciones ecoguiadas, siguiendo la técnica de inserción, hasta obtener reflujo de sangre venosa, se extrae el trocar y se emplea el introductor para retirar la guía metálica, siendo imposible retirarla. Se comunica inmediatamente al médico de la UCI, para valoración. Se canaliza una vía central yugular.

El 18 de octubre de 2023, se realiza una ecografía con sonda lineal. Se visualiza material hiperecogénico con componente discontinuo lineal muestra material metálico adyacente a la vasculatura braquial (extravascolar), en contacto con el nervio mediano. Se realiza exploración en el quirófano bajo anestesia general, junto con el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Se objetiva guía de midline atravesando el nervio mediano, con espiral y cable desarticulados, con imposibilidad de extracción de la estructura vascular. Se consigue extraer del nervio mediano sin incidencias.

Se comenta el caso con Cirugía Vascular del Hospital Universitario Fundación Alcorcón, quienes sugieren valoración por radiología intervencionista, al día siguiente por la mañana.

Con fecha 19 de octubre de 2023, la paciente es trasladada al Hospital Universitario Fundación Alcorcón para valoración por Radiología Vascular, que considera necesaria la reparación quirúrgica por Cirugía Vascular

El 23 de octubre de 2023 es valorada por Neurología en el Hospital Universitario de Móstoles:

Hallazgos clínicos: debilidad muscular (1-2/5) en la flexión del carpo y dedos (más marcada en los dedos 2 y 3, con preservación relativa de los dedos 4 y 5), e hipoestesia (disminución de la sensibilidad) en el territorio del nervio mediano derecho. Diagnóstico: neuropatía traumática del nervio mediano derecho proximal, probablemente causada por daño de un catéter midline en la región medial del brazo.

Evaluación quirúrgica: contusión del nervio mediano sin evidencia de sección completa, lo que sugiere una lesión tipo neuropraxia o axonotmesis. Plan de manejo: considerar cirugía si no hay mejoría en los primeros 6 meses. Iniciar tratamiento con pregabalina para el dolor neuropático. Solicitar un electromiograma para evaluar el tipo de lesión. Posible derivación a Neurocirugía si se requiere intervención para reparar el nervio.

Con fecha 25 de octubre de 2023, valoración por Psiquiatría. Juicio clínico: reacción de adaptación. Tratamiento: sertralina 50 mg. 1-0-0-0 (se añade a hoja de prescripción pues la tomaba de forma previa al ingreso). Diazepam 5 mg. Suspender Lorazepam 0.5 mg. 1-1-1-1 más 1 mg. extra si precisa. Trazodona 50 mg. si hay insomnio.

El 26 de octubre de 2023 se realiza electromiograma, sin alteraciones. Con fecha 14 de noviembre de 2023, se realiza un segundo electromiograma, que objetiva una neuropatía axonal del nervio mediano derecho a nivel proximal y escasos signos de denervación activa.

El 30 de noviembre de 2023, se realiza radiofrecuencia del nervio mediano izquierdo por la Unidad del Dolor.

Con fecha 12 de diciembre de 2023, es valorada por Neurología. Persisten debilidad y dolor invalidante. Se remite a Neurocirugía (Hospital Universitario de Getafe, y luego Hospital Universitario Puerta de Hierro).

El 18 de enero de 2024 se realiza un tercer electromiograma. Neuropatía proximal con afectación axonal sensitiva y posible afectación motora desmielinizante (bloqueo parcial de conducción del 30-40%), que parece discrepante con la actividad motora voluntaria actual de la paciente (prácticamente nula).

Valorada por Neurología el 20 de enero de 2024, se recoge que la paciente tiene menos dolor y algo de mayor movilidad, pero sin poder coger un vaso o escribir. En la exploración se objetiva una limitación para la flexión y extensión de 1º-3º dedos mano derecha. Se remite a la paciente al Servicio de Rehabilitación y se explica cierta funcionalidad.

Juicio clínico: neuropatía proximal del nervio mediano derecho con especial afectación axonal sensitiva, probablemente en relación con traumatismo local por catéter midline en región medial del brazo en octubre de 2023, con posible afectación motora de carácter desmielinizante.

Con fecha 30 de mayo de 2024, se realiza un electromiograma de control: normalización de las conducciones motoras y sensitivas del nervio mediano afecto.

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 de la reclamante de Atención Primaria, del Hospital Universitario de Móstoles y del Hospital Universitario Fundación Alcorcón (folios 91 a 327 del expediente).

Asimismo, consta en el procedimiento el informe de 7 de mayo de 2024 de la supervisora de la UCI del Hospital Universitario de Móstoles, que da cuenta de la asistencia prestada a la reclamante, según los datos que figuran en la historia clínica, y señala que *“se trata de una paciente con malos accesos venosos, ha perdido 2 vías periféricas, en el miembro superior izquierdo tiene el brote de paniculitis, por lo que se intenta en el otro brazo, el miembro superior derecho.*

En las guías de práctica clínica para la canalización de Vías Centrales de la Sociedad Americana de Anestesiología, se establece que no hay evidencia suficiente para determinar un número máximo de intentos y que estos deben estar basados en el juicio clínico del operador ... Durante la canalización, existe la posibilidad de lesionar: la vena braquial y/o el nervio mediano. Si el paciente presenta alteraciones sensitivas o motoras por afectación nerviosa se deber retirar la aguja durante la canalización ...”.

Se ha incorporado al expediente el informe del Servicio de Medicina Interna del centro hospitalario, emitido el 7 de mayo de

2024, de cuyo contenido cabe destacar lo siguiente: *“... Debido a que no es posible la administración iv de la medicación prescrita por no presentar un adecuado acceso venoso periférico, se procede a la solicitud de canalización de vía tipo midline a la Unidad de Cuidados Intensivos (Unidad responsable de la canalización de este tipo de vías).*

Previo al intento de canalización del midline, el facultativo responsable de la paciente procede a solicitar el consentimiento informado a la paciente, quien acepta la canalización de esta vía.

A lo largo de la tarde del 17 de octubre, la paciente es trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos para la canalización del midline. El procedimiento es tórpido en tanto en cuanto no es posible retirar la guía metálica, y, por tanto, no es posible canalizar la vía. Esa misma tarde es valorada por el equipo de cirugía general y traumatología quienes la interviene esa misma noche, no siendo posible la retirada de la guía metálica. El Hospital Universitario de Móstoles no dispone de Servicio de Cirugía Vascular...”.

Consta también en el expediente el informe del Servicio de Neurología, emitido el 14 de mayo de 2024, que se limita a relatar la evolución clínica de la paciente a la luz de la historia clínica incorporada al expediente.

Posteriormente, y a petición de la Inspección Sanitaria, realizada el 18 de junio de 2025, el jefe del Servicio de Medicina Intensiva comunica el 11 de julio de 2025 que, tras solicitar y revisar la historia clínica de la paciente *“en la misma no objetivo el consentimiento informado físico de colocación de catéter midline de fecha 17/10/2023. Por el contrario, según figura en su historia clínica electrónica, adjunto el consentimiento peticionario que se encuentra en Selene con la fecha referida y en relación con el procedimiento realizado. Puesto en contacto con el facultativo solicitante y firmante*

que figura en Selene, confirma la información a la paciente. Así mismo, les comento que bajo el protocolo establecido en UCI y aprobado a nivel hospitalario, la enfermería de la UCI no inicia la realización del procedimiento sin la constatación del consentimiento informado firmado por el/la paciente”.

Figura también en el procedimiento el informe de 14 de julio de 2025 de la Inspección Sanitaria que, tras analizar la historia clínica de la reclamante y realizar las oportunas consideraciones médicas concluye que la atención dispensada a la paciente por los servicios de Medicina Interna, Enfermería de UCI y Cirugía General del Hospital Universitario de Móstoles fue adecuada y de acuerdo a la *lex artis*.

No obstante, la Inspección también indica que *“el único hecho reprobable es que, aunque la paciente fue informada del procedimiento ante la imposibilidad de accesos venosos periféricos por su enfermedad de base y dicho consentimiento consta en la historia clínica, no consta firmado”.*

Una vez instruido el procedimiento, se confiere trámite de audiencia a la reclamante mediante oficio de 22 de enero de 2025, sin que conste en el expediente la formulación de alegaciones por su parte.

Finalmente, el 14 de mayo de 2026 se ha formulado la propuesta de resolución por la viceconsejera de Sanidad y directora general del Servicio Madrileño de Salud, estimando parcialmente la reclamación, al concluir la antijuridicidad del daño únicamente en lo relativo a la ausencia de la firma del paciente en el documento de consentimiento informado, *“dado que consta en la historia clínica que la paciente fue convenientemente informada”.*

CUARTO.- El 22 de mayo de 2026 se formuló preceptiva consulta a este órgano consultivo, registrada en la Comisión Jurídica

Asesora de la Comunidad de Madrid con el n.º 360/26. 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 1 de julio 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 indeterminada, y a solicitud de la consejera de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (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.

La 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.

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 de la reclamante se prestó por el Hospital Universitario de Móstoles, 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, la interesada reclama por las secuelas que supuestamente le ha originado la intervención para la colocación de un catéter, realizada el 17 de octubre de 2023, de modo que la reclamación, formulada el 5 de abril de 2024, se ha presentado en el plazo legal, con independencia de la fecha de estabilización de las eventuales secuelas.

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 Enfermería de UCI, Medicina Interna y Neurología del Hospital Universitario de Móstoles, implicados en la asistencia sanitaria reprochada. Además, se ha incorporado el informe de la Inspección Sanitaria y la historia clínica de la paciente. Tras la instrucción del expediente, se confirió el trámite de audiencia a la interesada 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, cabe recordar que la reclamante reprocha que ha sufrido una neuropatía axonal del nervio mediano como consecuencia del intento de colocación de un catéter midline en el Servicio de Cirugía del Hospital Universitario de Móstoles.

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, la reclamante no ha aportado al procedimiento ninguna prueba que acredite que la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario de Móstoles no fuera conforme a la *lex artis*, sin que sirvan a tal efecto las afirmaciones contenidas en su escrito de reclamación.

Por el contrario, los informes médicos que obran en el expediente, contrastados con la historia clínica examinada, descartan la mala praxis denunciada y consideran que la reclamante ha sufrido una complicación frecuente en la inserción del catéter 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 la 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”*.

La Inspección Sanitaria argumenta, en primer lugar, que las complicaciones relacionadas con el nervio mediano por el uso de un catéter midline son poco frecuentes, pero pueden ocurrir en ciertos casos. En tal sentido, afirma que puede darse *“una dificultad en la retirada del catéter: Si el midline se ancla en la vena basilica y hay contacto con estructuras nerviosas, la extracción puede ser compleja, como ocurrió en este caso. Los estudios indican que la tasa de complicaciones generales de los catéteres midline es aproximadamente del 12.5%”*.

A continuación, y en cuanto a la reclamante en concreto, refiere que *“la paciente no sólo tenía historia de gran dificultad en los accesos vasculares, sino infección de los mismos, por lo que la indicación del catéter midline era correcta y necesaria y los pacientes con enfermedades autoinmunes o inflamatorias sistémicas, el riesgo de complicaciones con dispositivos intravasculares puede aumentar. Dado estos factores, el riesgo de retención entraba dentro de lo probable y la*

inflamación severa del tejido subcutáneo, la fibrosis o la necrosis podrían teóricamente dificultar la extracción o manejo de estos dispositivos, junto con la cirugía previa en dicho brazo”.

En todo caso, y en cuanto al manejo posterior, una vez advertida la dificultad de la extracción, la Inspección lo califica como correcto, pues *“se intentó la retirada por Cirugía Vascular y se realizó consulta con Radiología intervencionista, ya que en algunos casos es posible realizar extracción guiada con técnicas mínimamente invasivas. La paciente tuvo que ser trasladada a otro hospital, ya que el Hospital Universitario de Móstoles no tiene Cirugía Vascular, lo que se hizo de forma diligente (al día siguiente)”.*

Con respecto a las secuelas neurológicas derivadas de la lesión del nervio mediano derecho, la Inspección destaca que los distintos electromiogramas muestran discrepancia con los síntomas que refiere la paciente, que la propia inspectora cuestiona, hasta tal punto que, como recoge su informe *«en la documentación adicional del Visor Horus, tras ser evaluada por Cirugía Plástica del Hospital Universitario de Getafe, y ante los hallazgos de EMG, se desestima intervención ya que no hay lesión del nervio mediano: “se objetiva una normalización de las conducciones motoras y sensitivas del nervio mediano derecho a nivel proximal (comparado con estudio previo de enero de 2024 -H.U. Móstoles- Neurología)”.*

Todo ello lleva a la Inspección Sanitaria a concluir que la asistencia sanitaria dispensada a la reclamante *“por el Servicio de Medicina Interna, Enfermería de UCI y Cirugía General del Hospital Universitario de Móstoles el 17 de octubre de 2023 fue adecuada y de acuerdo a la lex artis. El resto de la asistencia sanitaria y seguimiento de los servicios de Radiología Vascular y Cirugía Vascular del Hospital Universitario Fundación Alcorcón, y los servicios de Neurología, Unidad*

del Dolor y Rehabilitación del Hospital Universitario de Móstoles, fue adecuada y de acuerdo a la lex artis”.

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 a la reclamante en el Hospital Universitario de Móstoles.

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 la 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 a la 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 la propia reclamante no alega en su escrito que no ha firmado tal documento, sino que, cuando lo ha reclamado del centro hospitalario, con especial referencia al nombre del facultativo que consta en el documento, no se le ha entregado.

Es más, como hemos referido en los antecedentes de hecho del presente dictamen, consta en la historia clínica la siguiente nota: “... *el 17/10/23, una vez en planta, por mal control de dolor y malos accesos venosos periféricos (lo cual es habitual en la paciente), se plantea canalización de vía central. Dado que en el último ingreso tuvo infección de la vía y que en ocasiones pasadas no ha podido canalizarse PICC por no avanzar, se plantea midline, con lo que la paciente y familiar madre se muestran de acuerdo, firmando la paciente consentimiento informado ...*”.

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.

Por tanto, puede considerarse que cabe minorar la cantidad señalada, en atención a la verdadera entidad del daño causado al derecho a la información de la paciente, fijándola en 3.000 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 a la paciente, que deberá ser indemnizada en la cantidad global y actualizada de 3.000 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 1 de julio de 2026

El presidente de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 387/26

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid