

Dictamen n.º: **402/26**
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 dos abogadas en representación de Dña., por los daños y perjuicios que considera sufridos como consecuencia de la falta información de los beneficios y riesgos de la histerectomía y salpinguectomía bilateral laparotómica que se le realizó y del retraso diagnóstico de las complicaciones que le han provocado secuelas, en el Hospital Universitario Doce de Octubre de Madrid.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El expediente de responsabilidad patrimonial trae causa del escrito de reclamación formulado por la representante de la persona citada en el encabezamiento de este dictamen, presentado el día 19 de junio de 2024 en el Registro del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS).

En el mismo se relata que la reclamante, con 48 años en el momento de los hechos, con antecedentes médicos de crisis

suboclusivas por enfermedad inflamatoria pélvica, infección tuberculosa latente y angioma hepático acudió a Urgencias del Hospital Universitario Doce de Octubre (en adelante HUDO) en octubre de 2021 por dolor suprapúbico de meses de evolución en posible relación con miomas uterinos, con sensación de vaciado vesical incompleto y aumento de la cuantía del sangrado menstrual.

Indica que el 27 de abril de 2022 se le somete a histerectomía + extirpación de ambas trompas de Falopio sin que figure en la historia clínica ningún documento de consentimiento informado previo, lo que supone una actuación contraria a la *lex artis ad hoc* al someter a la paciente a una cirugía sin informarle previamente de los riesgos inherentes al procedimiento quirúrgico.

A continuación, detalla las distintas asistencias sanitarias que se le prestaron, destacando las de:

- 1 de mayo de 2022 por dolor abdominal. El 3 de mayo de 2022 se le realiza una laparotomía exploradora por colección abscesificada, y es dada de alta el 10 de mayo.

- En junio acude a Urgencias el día 6 por dolor abdominal y vómitos. Le realizan dos TAC y el 23 de junio, recibe el alta con el diagnóstico de suboclusión intestinal. El 28 de junio el TAC revela empeoramiento respecto al del día 17 y recibe el alta el día 6 de julio.

- El 8 de julio por laparoscopia se le resecan 15-20 cm del íleon con Endo-Gia englobando la perforación. El 13 de julio se le practica una laparotomía mediana supra e infraumbilical observándose “*absceso umbilical que se manda a cultivar. Se procede a resecar 15-20 cm de íleon distal informe de Anatomía Patológica confirma la presencia de pieza de 35 cm de longitud con un segmento de ciego de 5 cm y apéndice de 6 cm. A 27 cm de margen proximal tumor bien diferenciado con patrón trabecular de 0.5 cm. Tumor neuroendocrino bien diferenciado ileal. (G1).*

Ganglios libres. pT2N0. El íleon y el ciego presentan áreas de ulceración de la mucosa y edema, con hemorragia submucosa compatible con isquemia intestinal". Tras un postoperatorio complicado por la presencia de íleo paralítico persistente más infecciones por E. Cloacae que necesitó de antibioterapia + NPT (nutrición parenteral total), es dada de alta el 5 de agosto de 2022.

Asimismo, señala que la reclamante presenta como secuela de gravedad diarreas debido a la importante resección intestinal sufrida. En la revisión de octubre de 2022 refiere realizar quince deposiciones al día, mejorando a 3-4 deposiciones con la administración de Fortasec. Se le pauta Loperamida y, ante la persistencia de las diarreas, se le pauta Resincolestiramina 4 gramos y en caso de no mejorar Rifaxina.

Indica que el 23 de junio de 2023 acude a revisión refiriendo cierta mejoría parcial con Resincolestiramina, se le diagnostica: "*Diarrea postquirúrgica tras resección ileal de 40 cm y resección de ciego y válvula ileocecal*". Se le da el alta.

La reclamante incorpora el contenido del informe médico pericial que aporta, en síntesis, por una parte, que no existe documento de consentimiento informado firmado por la paciente, previo a la histerectomía.

Por otra parte, que se realiza a la paciente una TAC el 7 de junio de 2022 en el que se comprueba la existencia de una hernia incisional de la incisión de Phannestiel, con incarceration de un asa de intestino delgado que se introduce en el espesor de la musculatura de los rectos abdominales, que probablemente sea la causa de la obstrucción intestinal y reprocha que no se tomara una actitud activa con la hernia incarcerationada al instaurar un tratamiento conservador con mejoría de la clínica y dar de alta a la paciente cuando lo normal hubiera sido plantear una cirugía para extraer el intestino incarcerationado de la pared

anterior del abdomen. Expone que, de acuerdo con las publicaciones de la Asociación Española de Cirujanos (AEC), las hernias encarceradas crónicamente, irreductibles, no se resuelven y deben ser intervenidas con el fin de evitar en un futuro posibles estrangulaciones del asa atrapada en la pared del abdomen.

Señala que el 28 de junio de 2022, que ingresa con la misma sintomatología, en la radiografía del abdomen se aprecia dilatación de asa de intestino delgado con niveles hidroaéreos, signo de obstrucción intestinal y en la TAC, adherencias de la cirugía pélvica y, de nuevo, se realiza tratamiento conservador que parece que fue eficaz, pero es dada de alta sin haber resuelto el problema de su hernia encarcerada.

Sobre el ingreso de 9 de julio de 2022, con náuseas, vómitos y dolor abdominal en hipogastrio con signos de irritación peritoneal a ese nivel, afirma que los signos de irritación peritoneal sobre la zona con una hernia encarcerada no indican que existe sufrimiento intestinal, hay que sospechar que se está produciendo una isquemia del intestino por estrangulación herniaria. Es intervenida de manera urgente a la mañana siguiente mediante abordaje inicial laparoscópico encontrándose intraoperatoriamente una obstrucción intestinal de íleon distal en orificio de antigua herida quirúrgica (Phannestiel). Durante las maniobras de extracción de las asas intestinales de la hernia incisional, se producen algunos deserosamientos del asa afectada, así como una perforación iatrogénica del íleon que obligó a una ampliación de la incisión, así como a la resección de 31 cm de intestino. Se realizó anastomosis mecánica con Endo-GIA y refuerzo de la línea de grapas. La anatomía patológica informa de que se trataba de un asa isquémica, lo que indica que se debería haber intervenido semanas antes cuando no existían signos de sufrimiento de asas intestinales.

Refiere que la evolución es tórpida con fiebre elevada, se decide una nueva intervención quirúrgica y se procede a la resección de 35 cm

de íleon distal incluyendo anastomosis previa y ciego con EndoGIA con realización de una nueva anastomosis íleocólica mecánica.

Señala que, de haberse intervenido cuando acudió a la urgencia en la primera ocasión tras la cirugía de histerectomía, las consecuencias habrían sido muy distintas y se hubiera evitado la resección intestinal que se hizo posteriormente y concluye que *“ni el diagnóstico ni el tratamiento de la suboclusión intestinal que la obligó a ir en múltiples ocasiones a la urgencia del HUDO fueron acordes con la Lex artis”*.

Aduce que las secuelas consecuencia de la infracción de la lex artis son, fundamentalmente, las diarreas postquirúrgicas.

Solicita una indemnización por importe de 141.230,86 euros que desglosa en los conceptos de lesiones temporales, secuelas psicofísicas y estéticas, pérdida de calidad de vida en grado moderado, de acuerdo con el baremo de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre.

Adjunta a su escrito de reclamación: certificado de inscripción de apoderamiento apud-acta en el Archivo Electrónico de Apoderamientos Judiciales de fecha 13 de junio de 2024 en el que consta que la interesada, atribuye a las dos abogadas poder general para pleitos, para intervenir en cualquier actuación judicial; dictamen médico de fecha 5 de junio de 2024, elaborado por un especialista en Cirugía General y Digestivo; historia clínica del HUDO y documentos de consentimiento informado; partes médicos de alta/baja de incapacidad temporal e informes médicos y documentación del Instituto Nacional de la Seguridad Social.

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

En la historia clínica figura que la paciente padecía el 18 de enero de 2005 depresión reactiva de 15 días de evolución sin antecedentes.

El 7 de septiembre de 2011 se anota, crisis oclusivas en relación a enfermedad pélvica inflamatoria e infección tuberculosis latente.

El 16 de diciembre de 2021, acude a consultas externas de Ginecología del HUDO remitida por dolor abdominal y miomas y en la historia clínica consta que acudió a Urgencias el 14 de octubre de 2021 por dolor suprapúbico de meses de evolución que no ha precisado analgesia en domicilio, en posible relación con miomas ya conocidos por la paciente (no aporta informes). Exploración sin hallazgos. *“ECOTV: útero irregular de aspecto polimiomatoso de 93x83mm, en AV con endometrio de difícil valoración por miomas, de aparente de 12 mm. Presenta mioma tipo 4 de 29x23mm en cara anterior, mioma tipo II/VI de 70x46mm, y otros miomas de menor tamaño. OD con imagen anecoica de aspecto funcional de 26x26mm. OI no visualizado. No patología paranexial. No líquido libre”.*

Refiere que tiene dolor a diario y precisa paracetamol (alergia a otros analgésicos) cada vez con más frecuencia. El dolor se focaliza en hipogastrio y en FID (fosa iliaca derecha), es de tipo cólico intermitente (“como contracciones”). Desde hace 3-4 meses ha objetivado aumento de la cuantía del sangrado menstrual. Sensación de vaciado vesical incompleto. No asocia estreñimiento ni dificultad para defecar.

Realizada la exploración ginecológica y eco TV (sin cambios respecto a la realizada en Urgencias), establece el siguiente plan:

“Explico que dados los síntomas que presenta y el tamaño de miomas y efecto mecánico que están ejerciendo como consecuencia del mismo, la opción terapéutica que más se ajusta a su caso sería la quirúrgica. Entiende y acepta.

Explico y entrego CI de histerectomía total extrafascial + doble salpinguectomía laparotómica (explico posible Pfannenstiel que será valorado por equipo quirúrgico). Preservaremos ovarios.

Solicito preoperatorio. Cito con resultados”.

El 12 de enero de 2022 acude a la consulta de Anestesia y firma los documentos de consentimiento informado. Así, consta en los comentarios: “Firma CI de AG, ALR, transfusión de hemoderivados y cirugía en contexto de pandemia COVID”.

El 18 de enero de 2022 vuelve a Ginecología para recoger los resultados y programar la cirugía. Se anota:

“Vista por Anestesia: Riesgo ASA II. Validez del preoperatorio: 1 año. Refiere que entregó los CI firmados. Incluyo en LEQ y libro de quirófano. Doy volante PCR COVID. Pte cirugía”.

El 26 de abril de 2022 ingresa para cirugía programada. Figuran como antecedentes personales previos: asma, dolor abdominal con crisis suboclusivas secundario a enfermedad pélvica inflamatoria (diagnóstico por Medicina Interna en 2011), infección tuberculosa latente, angioma hepático, queratitis superficial resuelta y ferropenia secundaria a pérdidas menstrual.

El 27 de abril de 2022 se le realiza una histerectomía + salpinguectomía bilateral laparotómica. “Incisión en piel y apertura de pared abdominal por planos según técnica de Pfannestiel. Inspección de pelvis menor con identificación de los hallazgos descritos. Histerectomía y salpinguectomía bilateral según técnica habitual sin incidencias. Se envían útero y trompas a AP en formol para estudio en diferido. Colporrafia en sutura continua con Vicryl 2/0. Lavados con abundante

SSF caliente. Hemostasia correcta". El diagnóstico es de Leiomioma uterino.

El 3 de mayo de 2022 se le reinterviene mediante laparotomía exploradora por colección abscesificada. Hallazgos: *"Útero y trompas ausente. Cúpula vaginal con restos de fibrina encontrándose la sutura íntegra, sobre cúpula vaginal se objetiva moderada cantidad de sangre de aspecto purulento que se aspira, realizándose abundantes lavados con suero salino fisiológico. Uréter derecho dilatado. Localización de uréter izquierdo sin hallazgos. Revisión de paquete de asas intestinales sin hallazgos"*. Se le da el alta el 10 de mayo.

El 6 de junio de 2022 acude a Urgencias por dolor abdominal y vómitos, remitida a Cirugía General y del Aparato Digestivo desde Urgencias de Ginecología para valoración de dolor abdominal, valorada ese día por su parte con dos ECO TV con único hallazgo de líquido libre en pelvis, sin impresionarles de patología ginecológica. Se le explora, se le realiza una analítica de sangre y orina y una TAC abdominal que concluye: *"Cuadro de suboclusión intestinal con adherencias de íleon con la pared abdominal anterior, una de ellas que se introduce en espesor de la musculatura y que probablemente es la causa obstructiva"*. En la evolución y comentarios se anota: *"Dada la clínica altamente sugestiva de patología intraabdominal aguda pese a la ausencia de elevación de RFA en analítica en el contexto de analítica de orina y ECO TV sin hallazgos, se comenta con Radiología para TC abdominopelvico, que se realizará por la mañana. Ajusto tratamiento y solicito analítica de control por la mañana"*.

El 7 de junio de 2022, valorada por el facultativo de guardia de Cirugía General y del Aparato Digestivo, tratándose de una complicación de la cirugía previa, se acuerda junto con Ginecología manejo conservador e ingreso a su cargo. Recomiendan colocación de sonda nasogástrica (SNG) al igual que repetir AU a las 48 horas para

ver evolución de RFA. Ingresa en Urgencias Ginecológicas. De la TAC abdominal resulta que: *“Han desaparecido las colecciones en el lecho quirúrgico vistas en TC previo. En la exploración actual destaca la presencia de asas intestino delgado dilatadas con patrón en miga de pan en pelvis, coincidiendo con varias asas en contacto con la pared abdominal probablemente por adherencias, y una de ellas con pared engrosada se introduce en el espesor de los músculos rectos lo que sugiere que sea la causa obstructiva Colon con patrón de miga de pan, de aspecto morfológico normal lo que indica que la oclusión es incompleta. Estómago colapsado, con pliegues engrosados, no valorable. Apéndice sin alteraciones (...).”* Conclusión: *“Cuadro de suboclusión intestinal con adherencias de íleon con la pared abdominal anterior, una de ellas que se introduce en espesor de la musculatura y que probablemente es la causa obstructiva”*.

El 17 de junio de 2022 se solicita interconsulta a Cirugía General por empeoramiento del dolor abdominal en contexto de inicio de dieta semiblanda, para valorar liberar quirúrgicamente el asa que se introduce entre músculos rectos. Se solicita AU + TAC del que resulta: *“Disminución de la dilatación de asas de intestino delgado, persistiendo leve distensión de algunas asas de íleon en pelvis, con leves cambios inflamatorios y zonas de contacto con la pared abdominal, principalmente en línea media, donde una de las asas se introduce entre los músculos rectos, con disminución de los cambios inflamatorios parietales visualizados previamente. sin signos de obstrucción aguda actualmente (...).”* Ante la estabilidad de los mismos sin datos de alarma, ni cambios significativos con respecto a la última prueba de imagen, Cirugía General decidió manejo conservador del cuadro.

El 23 de junio de 2022 se le da el alta con el diagnóstico de suboclusión intestinal.

El 28 de junio de 2022 ingresa, de nuevo, por dolor abdominal y vómitos. La TAC muestra empeoramiento con respecto al previo de 17 de junio, con dilatación de asas de íleon en probable relación con adherencias en el lecho de la histerectomía; aparición de realce circunferencial de las asas y pequeña cantidad de líquido circundante, así como perihepático y periesplénico. Con el juicio clínico de suboclusión intestinal, se mantiene tratamiento conservador, siendo dada de alta el 6 de julio de 2022.

El 8 de julio de 2022 reingresa por dolor abdominal y vómitos persistentes. El día 9 se le entrega documento de consentimiento informado que firma, explicándole riesgos y beneficios que entiende, acepta y comprende. Se le realiza una laparoscopia de la que resultan los siguientes hallazgos: obstrucción intestinal de íleon distal en orificio de antigua herida quirúrgica (Phannesteil), sin líquido libre. Se le realiza una adhesiolisis de íleon distal, apreciándose varios deserosamientos y una apertura incidental de íleon, por lo que, tras liberación completa de íleon distal, se amplía incisión supraumbilical para revisión intestinal. Resección de 15-20 cm de íleon englobando a la perforación anteriormente descrita, con Endo-GIA de 45 mm carga dorada, refuerzo de línea de grapas con Prolene de 3/0. Anastomosis isoperistáltica biplano con Maxon de 3/0. Cierre de brecha mesentérica con Maxon de 3/0. Revisión de la hemostasia.

En la evolución postquirúrgica, sube a planta el primer día postoperatorio, con buen estado general y buen control del dolor, pero con persistencia de náuseas. Ante episodio febril (38.4°C) asociado a aumento del dolor abdominal y empeoramiento analítico, se realiza TAC en el que se visualizan colecciones pélvicas próximas a la anastomosis + dilatación proximal del íleon en probable relación con íleo posoperatorio + derrame pleural bilateral laminar, manejados de forma conservadora con antibioterapia. Posteriormente, la paciente presenta deterioro

clínico y analítico, por lo que se decide reintervención quirúrgica urgente.

El 13 de julio de 2022, se le interviene, encontrando un absceso umbilical, abundante líquido serohemático en pelvis, anastomosis íleo-ileal de aspecto edematoso, con distensión intestinal proximal a la misma y muy proximal a válvulo íleocecal. Se realiza una resección de 15-20 cm de íleon distal incluyendo anastomosis previa y ciego con Endo-GIA 60 mm carga morada. Convección de nueva anastomosis anisoperistáltica íleo-cólica con Endo-GIA 60 mm carga morada, cierre de enterotomía con Monosyn 3/0. Hemostasia rigurosa.

En la evolución postquirúrgica se observa tolerancia oral regular debido a la poca apetencia, con mejoría del control del dolor; se solicita TAC abdominal para evaluación de las colecciones intraabdominales, objetivándose resolución de las mismas y se retira drenaje y antibiótico. Debido a la persistencia de diarrea, se solicita coprocultivo (bacterias y parásitos), además de toxina, siendo negativos, por lo que se inicia Loperamida 2 mg cada 12 horas y se solicita nueva TAC abdominal, en el que se descarta complicación quirúrgica, por lo que se optimiza Loperamida 2 mg cada 8 horas, cediendo las diarreas y mejorando la tolerancia oral. Se decide alta hospitalaria el 5 de agosto de 2022.

El 29 de septiembre de 2022, en la consulta de seguimiento de Cirugía se anota que aún tiene diarrea. Toma Fortasec /12 h. Hace 2-3 deposiciones/día, que aumentan si retira la loperamida.

El 5 de octubre de 2022 acude a Digestivo remitida por diarrea.

El 10 de febrero de 2023 en la consulta de Digestivo se revisan todas las pruebas: ecografía abdominal de enero de 2023, entero resonancia magnética, análisis clínicos y test de intolerancia a la lactosa positivo, todas de octubre de 2022, y se anota el siguiente juicio

clínico: *“Diarrea postQx tras resección ileal de 40cm y resección de ciego y válvula ileocecal. Intolerancia a la lactosa. Tumor neuroendocrino bien diferenciado (G1) ileal de 0.5 cm, que infiltra submucosa y capa muscular propia. Tras retallado se aíslan 9 ganglios linfáticos negativos para malignidad. Colelitiasis asintomática”*. Se le pauta Resincolestiramina 4 gramos, antes del desayuno. Si no mejora de la diarrea puede doblar dosis antes de desayuno y cena. En caso de no mejorar con lo anterior, iniciar Rifaximina 200 mg 2-2-2, 7 días al mes, durante 3 meses.

El 23 de junio de 2023 en la revisión de Digestivo se anota mejoría parcial de la diarrea con Resincolestiramina, se le ajusta el tratamiento de esta medicina y se le pautan ciclos de rifaximina para SIBO (sobrecrecimiento bacteriano en el intestino delgado) y omeprazol para RGE (reflujo gastroesofágico). Revisión y seguimiento de TNE (tumor neuroendocrino) por Endocrinología. Se le da el alta con control y seguimiento por su médico de Atención Primaria y especialistas habituales.

El 23 de junio de 2023 acude a Endocrinología que la cita en consulta de TNE para continuar seguimiento tras las pruebas.

El 4 de octubre de 2023 se presenta su caso en el Comité de Tumores por el siguiente motivo: *“Obstrucción intestinal intervenida Jul/22. TNE ileal G1 pT2N0. Diarrea postquirúrgica. Valorado por Cir y Dig. No hecho 5HIAA ni PET-Ga68. Valorar derivación a consulta monográfica de TNE”*. El Comité decide *“seguimiento por Endocrino según guías clínicas”*.

El 1 de septiembre en Endocrinología se anota que deja cita no presencial el 29 de septiembre para valorar resultados. Con el diagnóstico de *“TNE ileal G1 (T2N0). hallazgo en pieza quirúrgica. Sin evidencia actual de enfermedad activa. Otros diagnósticos: Adenopatías supraclaviculares, mediastínicas e hiliares a estudio”*, se le cita en un año con TAC y analítica.

Acude el 15 de noviembre de 2023 a Medicina Interna y, posteriormente, los días 3 de enero, 28 de febrero, 22 de mayo de 2024, para estudio de las adenopatías. El 7 de junio de 2024, Otorrinolaringología le realiza una adenectomía supraclavicular derecha profunda, bajo anestesia general.

El 21 de junio de 2024 es diagnosticada de Tuberculosis ganglionar S RH. Acude a revisión 24 de julio de 2024.

El 16 de julio de 2025 en la historia de Endocrinología se anotan los resultados de la colonoscopia realizada en abril de 2025: *“Se explora hasta la anastomosis ileocólica termino-lateral, que es amplia y sin lesiones. Se inspeccionan los 10 cm distales de íleon, sin lesiones. Colon y recto sin alteraciones. Se toman biopsias de colon proximal al ángulo esplénico (A) y distal (B) para estudio etiológico de diarrea. Plexo hemorroidal interno congestivo, sin otros hallazgos en retroflexión”*. Diagnóstico: Colon postquirúrgico. Biopsias aleatorias de colon para estudio de diarrea.

También se anotan los diagnósticos anatomopatológicos de la colonoscopia:

“A.- Biopsia remitida como "colon proximal ángulo esplénico" que muestra mucosa colorrectal con cambios leves inespecíficos (se observa arquitectura conservada con leve variabilidad linfoplasmocitaria en lámina propia).

B.- Biopsia remitida como "colon distal ángulo esplénico" que muestra mucosa colorrectal con cambios arquitecturales leves (se observa mínima irregularidad en las criptas con aisladas bifurcaciones, y celularidad linfoplasmocitaria en lámina propia levemente variable en densidad, sin inflamación activa).

Diagnóstico principal: TNE ileal G1 (T2N0). hallazgo en pieza quirúrgica. Sin evidencia actual de enfermedad activa. Otros diagnósticos: Diarrea crónica multifactorial. Hipocalcemia y déficit de vitamina D. Tratamiento: Fármacos: Hidroferol 266 1 caps al mes. Otras Recomendaciones: Cita en 1 año con analítica y TC”.

Consta incorporada consulta de Horus sobre la depresión que padece la reclamante y las consultas y comentarios de evolución de Psiquiatría desde el 30 de junio de 2023 hasta el 16 de septiembre de 2025, fecha en la que se reseña la consulta de Psiquiatría a la que acudió el 18 de agosto de 2025 y en la que refiere, entre otras cuestiones, cierta mejoría y que sale poco a la calle por ansiedad secundaria a episodios diarreicos.

TERCERO.- Presentada la reclamación, el 26 de junio de 2024 se requirió a la reclamante para que aclarara si autorizaba la consulta de la historia clínica, requerimiento que fue cumplimentado manifestando que se autorizaba expresamente la consulta del DNI y de la historia clínica de la reclamante.

Recibida la autorización, se acuerda 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 paciente del Atención Primaria y del HUDO.

Se ha emitido informe de fecha 19 de julio de 2024 por el Servicio de Obstetricia y Ginecología que detalla la asistencia sanitaria prestada a la reclamante.

El 21 de agosto de 2024 emite informe el Servicio de Cirugía General y Digestivo en el que describe la asistencia prestada, se destaca

la actuación médica y que no hubo retraso en el tratamiento. Asevera, entre otras cuestiones, que la gravedad de la patología de la paciente, las enfermedades asociadas y la actuación médico-quirúrgica explican la duración de sus ingresos hospitalarios, siendo manejados por expertos cirujanos en cirugía abdominal de urgencia para facilitar la recuperación de la paciente, objetivo principal de todos los médicos implicados en su curación y concluye que *“En todo momento se ha tomado una actitud activa en los tiempos del proceso y ajustados a la Lex artis, siendo coherentes con el exhaustivo estudio realizado de la enfermedad y habiendo solucionado el cuadro agudo que presentaba la paciente”*.

El 7 de octubre de 2025 el jefe de Sección de Documentación Clínica y Archivo informa que una vez revisado el Archivo de Historias Clínicas del HUDO *“no existe registro de entrada del consentimiento informado en el sistema de gestión documental del Archivo; no se ha localizado el documento en formato físico en la historia clínica archivada y no consta digitalización del consentimiento informado en los sistemas de información clínica”*.

Asimismo, consta en el procedimiento el informe de la Inspección Sanitaria, emitido el 12 de enero de 2025, que, después de relacionar los hechos, realizar consideraciones médicas sobre las complicaciones tras una histerectomía (infecciones, hemorragia, lesiones de órganos adyacentes, obstrucción intestinal/adherencias, ...) concluye que:

“la asistencia sanitaria dispensada a D^a (la reclamante) por los Servicios de Ginecología y Obstetricia, Cirugía General, Digestivo, Endocrinología y Medicina Interna del H. U. 12 de Octubre, fueron adecuadas y de acuerdo a la lex artis.

La falta de custodia del consentimiento informado de la primera cirugía, pese a constar información, consentimiento verbal, entrega y

recepción de los consentimientos de la cirugía, en la historia clínica y en varias consultas, constituye una deficiencia formal en la documentación clínica que debería haberse evitado”.

Finalizada la instrucción del procedimiento, el 19 de enero de 2026 se notifica el trámite de audiencia a la representante de la reclamante.

El 6 de febrero de 2026 presenta escrito de alegaciones en el que solicita que se incorpore la historia clínica de Atención Primaria y la de Salud Mental; afirma que lo que se reclama no es la indicación quirúrgica sino la información recibida por la paciente y el retraso diagnóstico de las complicaciones que desencadenaron una resección intestinal con importantes secuelas acreditadas y documentadas. Manifiesta su disconformidad con el informe de la Inspección Médica pues es un hecho probado que no existe documento de consentimiento informado para la cirugía de histerectomía.

Insiste en que el 6 de junio de 2022 tenía una hernia incarcerada como causa obstructiva y no se le intervino quirúrgicamente pues se optó por un tratamiento conservador y el 28 de junio, a pesar del empeoramiento y de la evolución, se continuó con dicho tratamiento conservador de manera inadecuada, contrario, en ambos casos a la *Lex artis*, pues la anatomía patológica determinó que se trataba de un asa isquémica que se debería haber intervenido semanas antes cuando no existían signos de sufrimiento de asas intestinales.

Asevera que la reclamante comienza a tener diarreas crónicas a raíz de la cirugía de resección intestinal, que no consta en ningún antecedente médico que las tuviera antes y que se encuentra de baja laboral por ansiedad reactiva a este problema sin que tuviera ansiedad con anterioridad.

Considera que el informe de Inspección está plagado de información inexacta, incierta y datos que no se ajustan a la realidad y

que queda desmentida por la propia historia clínica de la paciente y que resulta evidente de sus afirmaciones que la inspectora médica no ha tenido acceso a la documentación clínica actualizada.

Por último, reclama 161.619,35 euros por haberse agravado el cuadro psiquiátrico de la paciente a consecuencia de la incontinencia fecal y las diarreas.

Adjunta a este escrito informes médicos, partes médicos de baja/alta de incapacidad temporal y resolución de 28 de agosto de 2025 por la que se le reconoce el 49% de discapacidad.

El 20 de abril de 2026, la viceconsejera de Sanidad y directora general del Servicio Madrileño de Salud formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación.

Por último, el 5 de junio de 2026 ha tenido entrada en esta Comisión un escrito presentado por la reclamante al que se adjunta la Resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social de fecha 15 de mayo de 2026 por la que se aprueba la pensión de incapacidad permanente de la reclamante, en el grado de absoluta para todo trabajo, acompañado de informe médico de síntesis de incapacidad permanente emitido por el médico inspector el 21 de abril de 2026.

CUARTO.- El 6 de mayo de 2026 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente n.º 308/26 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 celebrada en el día señalado en el encabezamiento de este dictamen.

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, 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. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad 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 tratarse de la persona que recibió la asistencia sanitaria que considera incorrecta. No obstante, debemos precisar que actúa representada por dos abogadas, sin que hayan acreditado debidamente su representación toda vez que de la

documentación que aportan se deduce que el poder notarial únicamente les autoriza para intervenir en cualquier actuación judicial, no ante esta Administración. Sobre este particular debemos recordar que, como venimos señalando, es necesario que la representación en el procedimiento administrativo se acredite por un medio válido en derecho –ex artículo 5. 3º y 4º LPAC-. En cualquier caso, la Administración ha dado por válida la representación, por lo que analizaremos el fondo del asunto, sin perjuicio de que antes de resolver el procedimiento, el instructor deba requerir que la representación se acredite en debida forma.

La legitimación pasiva, corresponde a la Comunidad de Madrid ya que el daño cuyo resarcimiento se pretende, se atribuye a la asistencia prestada en un hospital perteneciente a la red sanitaria pública, el HUDO.

En lo relativo al requisito temporal, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo (artículo 67.1 de la LPAC). En este caso, la reclamante reprocha las consecuencias de la intervención quirúrgica que se le practicó el 27 de abril de 2022, si bien posteriormente se le realizaron distintas intervenciones y consta que se le dio el alta el 23 de junio de 2023, circunstancia que determina que la reclamación presentada el 19 de junio de 2024 haya sido formulada en el plazo legalmente establecido.

En cuanto al procedimiento, se ha recabado informe del Servicio Ginecología, del Servicio de Cirugía General y Digestivo y de la Sección de Documentación Clínica y Archivo de la Dirección de Planificación y Estrategia del HUDO. Figura el informe de la Inspección Sanitaria. Se ha dado audiencia a la reclamante y 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.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido trámite alguno que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

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 de la LRJSP, completado con lo dispuesto en materia de procedimiento en la ya citada LPAC.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, por todas, las sentencias del Tribunal Supremo de 23 de junio de 2021 (recurso 8419/2019) y de 21 de marzo de 2018 (recurso 5006/2016), requiere: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. c) Que exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, sin que ésta sea producida por fuerza mayor. d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

En concreto, cuando se trata de daños derivados de la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público en cuanto

que el criterio de la actuación conforme a la denominada *lex artis* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios.

CUARTA.- La reclamante reprocha la falta de documento de consentimiento informado para la histerectomía y salpinguectomía, así como el retraso de diagnóstico de las complicaciones, la hernia incarcerada que padecía, lo que le ha ocasionado la resección del colon y múltiples secuelas, entre las que se encuentra la incontinencia fecal.

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

Como hemos señalado, entre otros, en nuestro Dictamen 203/26, de 15 de abril, debemos partir de la premisa de que el retraso en un diagnóstico no es *per se* indemnizable, requiriéndose para que pueda apreciarse que, según las circunstancias concretas del caso y los medios disponibles, una valoración médica acorde a la *lex artis* hubiera llevado a un diagnóstico en fases más tempranas, y que esta detección precoz hubiera permitido una mejor evolución o, al menos, una expectativa de mejoría.

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”.

Ciertamente, no es exigible realizar otras pruebas que las que a la vista de la sintomatología y características del paciente sean recomendables, sin que resulte procedente juzgar la corrección de una actuación médica partiendo de la evolución posterior del paciente, en la llamada “*prohibición de regreso*”. En efecto, la asistencia médica ha de atender a las circunstancias y a los síntomas del enfermo, mediante un juicio *ex ante* y no *ex post*. Así lo ha manifestado el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, entre otras, en Sentencia de 16 de febrero de 2026 (recurso 764/2024) según la cual:

«...la calificación de una praxis asistencial como buena o mala no debe realizarse por un juicio “ex post”, sino por un juicio ex ante, es decir, si con los datos disponibles en el momento en que se adopta una decisión sobre la diagnosis o tratamiento puede considerarse que tal decisión es adecuada a la clínica que presenta el paciente. Por lo tanto, de acuerdo a lo expuesto, el tratamiento que se sigue,

en un juicio “ex post”, no es indiciario de una mala praxis médica, pues solo en un juicio “ex post” es cuando podríamos afirmar que habría que haber intervenido antes.

La medicina supone únicamente una obligación de medios, los cuales fueron adecuadamente prestados y que no resulta procedente juzgar la corrección de una actuación médica partiendo de lo que sabemos qué ocurrió, en una llamada prohibición de regreso, que aplica la STS (recurso de casación para la unificación de doctrina n.º 1406/2015) que “impide sostener la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o retraso diagnóstico o la inadecuación del tratamiento, sólo mediante una regresión a partir del desgraciado curso posterior seguido por el paciente, ya que dicha valoración ha de efectuarse según las circunstancias concurrentes en el momento en que tuvieron lugar; en definitiva, es la situación de diagnóstico actual la que determina la decisión médica adoptada valorando si conforme a los síntomas del paciente se han puesto a su disposición las exploraciones diagnósticas indicadas y acordes a esos síntomas, no siendo válido, pues, que a partir del diagnóstico final se considere las que pudieron haberse puesto si en aquel momento esos síntomas no se daban”.

Por tanto, 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, la reciente Sentencia del Tribunal Supremo de 27 de enero de 2026 (recurso 5434/2024) recoge la jurisprudencia del Alto

Tribunal según la cual: *“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”*. En el mismo sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 24 de febrero de 2026 (recurso 744/2024).

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, entre otras, 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, 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...”*.

Pues bien, en este caso la reclamante ha incorporado al procedimiento un informe pericial de un especialista en Cirugía General

y Digestivo que afirma que ni el diagnóstico ni el tratamiento de la suboclusión intestinal fueron acordes con la *Lex artis*.

Frente a este, los informes de los facultativos que intervinieron en la asistencia sanitaria prestada a la reclamante y, especialmente, el informe de la Inspección Sanitaria, sostienen que la atención dispensada fue conforme a la *Lex artis*.

En este sentido, el informe del Servicio de Cirugía del HUDO asevera que el cuadro de obstrucción intestinal incompleta/suboclusión intestinal en el contexto de adherencias postquirúrgica no implica una indicación quirúrgica *per se*, a no ser que se acompañe de otros signos "*de alarma*" (radiológicos, clínicos o analíticos); en ninguna exploración física a lo largo de todo el proceso se objetivan hernias/eventraciones/visceromegalias/ masas; en ninguna prueba de imagen se describen hallazgos sugestivos de eventración, evisceración o hernia incarcerada, tal y como comenta el informe pericial de forma errónea basando sus conclusiones en esta premisa equivocada; en el protocolo quirúrgico de la primera intervención por parte de Cirugía se describen asas de intestino delgado adheridas al "*orificio*", es decir, a la incisión de la laparotomía previa; tampoco en este caso se describen asas intestinales incarceradas, evisceradas o un anillo herniario; en la segunda intervención por parte de Cirugía, se observa una porción de intestino delgado con aspecto inflamado/edematoso muy cercano a la válvula ileocecal y se llevó a cabo la resección de este segmento de intestino delgado -lo cual implicaba una resección ileocecal por la localización-, para asegurar que la anastomosis intestinal englobase un área de intestino delgado sin ninguna alteración macroscópica visible y bien vascularizada. Los hallazgos histológicos de la pieza de resección de esta cirugía, en ningún modo implican una mala técnica quirúrgica en la realización de la anastomosis, en un área anatómica ya de por sí muy afectada por los cambios inflamatorios que presentaba la paciente

en el contexto de un síndrome de respuesta inflamatoria aguda postquirúrgica.

Por lo que concluye que en todo momento se ha tomado una actitud activa en los tiempos del proceso y ajustados a la *Lex artis*, siendo coherentes con el exhaustivo estudio realizado de la enfermedad y habiendo solucionado el cuadro agudo que presentaba la paciente.

La Inspección Sanitaria, considera que el informe pericial parte de una premisa errónea al afirmar la existencia de una hernia incisional incarcerada pues en ninguna exploración física ni prueba de imagen se describen hallazgos sugestivos de eventración, evisceración o hernia incarcerada dado que las imágenes muestran adherencias postquirúrgicas, no un asa atrapada en un anillo herniario. El cuadro clínico correspondía a suboclusión intestinal incompleta en el contexto de adherencias, lo que no implica indicación quirúrgica inmediata salvo aparición de signos de alarma (isquemia peritonitis), que no se presentaron en las primeras fases. La decisión de tratamiento conservador inicial fue correcta y ajustada a la *lex artis*, evitando riesgos innecesarios. Las reintervenciones posteriores se realizaron ante el empeoramiento clínico, encontrándose asas adheridas a la incisión previa, no una hernia incarcerada. Las complicaciones (perforación, resección intestinal) son inherentes a la adhesiolisis compleja y no reflejan mala técnica, sino la dificultad del caso. Considera que el manejo fue coherente con los protocolos y guías, y la crítica pericial carece de fundamento técnico al basarse en un diagnóstico inexistente.

En cuanto a las diarreas que padece la reclamante, la Inspección afirma que el informe pericial ignora factores que rompen el nexo causal con la diarrea crónica como son el tumor neuroendocrino ileal (G1) hallado en la segunda cirugía, que puede causar diarrea secretora y la tuberculosis ganglionar diagnosticada posteriormente, con adenopatías y afectación sistémica. En junio de 2023 la diarrea estaba controlada

con la medicación y en revisiones posteriores se confirma que la diarrea es de origen multifactorial (funcional).

De igual modo, indica que la diarrea postquirúrgica es una complicación prevista y reflejada en consentimientos quirúrgicos estándar tras resección ileal y ciego (síndrome de malabsorción). No puede atribuirse exclusivamente a la actuación médica, dado el contexto de comorbilidades (tumor neuroendocrino, tuberculosis). Además, la paciente presentaba crisis suboclusivas desde 2011 por enfermedad inflamatoria pélvica, lo que justificaba la indicación quirúrgica inicial.

Por otra parte, en cuanto a la situación anímica de la reclamante, la Inspección expone que el informe pericial vincula el estado psicológico a la asistencia sanitaria, pero la historia clínica y el informe del INSS reflejan que la situación anímica es también reactiva a la pérdida del puesto de trabajo por una incapacidad temporal por la tuberculosis ganglionar, duelo y otras circunstancias sociales, y no a la praxis médica. Hay que tener en cuenta que le adaptan el puesto del trabajo tras la baja por la cirugía y sus complicaciones y vuelve a trabajar. Deja de trabajar cuando le diagnostican de tuberculosis ganglionar.

Concluye afirmando que la reclamación carece de fundamento técnico porque el defecto documental no implica falta de información; el manejo inicial conservador fue correcto según la *lex artis*; las complicaciones (absceso, obstrucción, perforación) son inherentes a cirugías complejas y fueron tratadas con reintervenciones, antibióticos, soporte nutricional y seguimiento especializado, con diligencia, conforme a protocolos y guías clínicas, sin evidencia de abandono ni falta de medios; la diarrea crónica no tiene nexo causal exclusivo con la resección intestinal, y estaba controlada en la última revisión; factores intercurrentes (tumor neuroendocrino, tuberculosis) y causas sociales

(no adecuación al puesto del trabajo por la tuberculosis) explican la clínica residual.

En consecuencia, de acuerdo con el criterio de la Inspección Sanitaria, la asistencia sanitaria dispensada a la reclamante fue adecuada y de acuerdo a la *lex artis*. A su informe esta Comisión Jurídica Asesora otorga especial relevancia por la objetividad, profesionalidad e imparcialidad que se presume en el ejercicio de sus funciones, 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 definitiva, a la luz de los informes médicos que obran en el expediente, cabe considerar que no se ha acreditado mala praxis en la asistencia sanitaria dispensada a la reclamante en el HUDO.

QUINTA.- Cuestión distinta es lo relativo a la información previa que se le suministró a la reclamante relativa a la intervención quirúrgica de histerectomía y salpinguectomía.

Como hemos señalado en nuestro Dictamen 394/25, de 21 de julio, entre otros, 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, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, 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 Española, según tiene declarado el Tribunal Constitucional en la STC 37/2011, de 28 de marzo.

En este caso, no consta incorporado a la historia clínica el documento de consentimiento informado firmado por la paciente. En este sentido, el informe del jefe de Sección de Documentación Clínica y Archivo concluye que *“la ausencia del consentimiento informado no se debe a un error en el proceso de archivo, sino a una falta de entrega del documento en los canales establecidos para su incorporación a la historia clínica”* si bien *“consta en la en la historia clínica que la paciente fue informada adecuadamente por la facultativa responsable en la consulta de Ginecología del 16/12/2021, donde se le explicó la indicación quirúrgica, el procedimiento propuesto y se le entregó el consentimiento informado correspondiente, que la paciente aceptó verbalmente. Esta información fue registrada por la facultativa en el comentario de evolución, cumpliendo con lo establecido en el artículo 8 de la Ley 41/2002. Posteriormente, en la consulta de Anestesiología, la paciente afirmó haber entregado los consentimientos informados, sin que conste ninguna otra consulta intermedia entre ambas fechas. Por tanto, se deduce que la paciente conocía y aceptaba el procedimiento quirúrgico, y que el consentimiento fue firmado, aunque no se puede verificar su*

entrega física a la Consulta de Ginecología y su remisión a Archivo. La ausencia del documento físico no invalida el proceso de información ni la validez del consentimiento, siempre que se haya documentado adecuadamente en la historia clínica. En este sentido, lo que se reprocha no es la falta de consentimiento, sino la falta de trazabilidad documental, que impide verificar su archivo y digitalización”. “Este criterio se encuentra respaldado por la jurisprudencia del Tribunal Supremo (STS 140/2021, de 4 de febrero; STS 231/2018, de 15 de febrero; y STS 256/2012, de 28 de marzo), que establece que la validez del consentimiento informado no depende exclusivamente de la existencia del documento físico, sino de que el proceso de información haya sido correctamente realizado y documentado en la historia clínica. Asimismo, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (STEDH, 8 de marzo de 2022) reconoce que el consentimiento informado no requiere necesariamente forma escrita, siempre que sea inequívoco y verificable.

En consecuencia, la falta de incorporación del documento firmado afecta a la trazabilidad del proceso documental, pero no invalida el consentimiento, siempre que la información y la conformidad del paciente estén debidamente registradas”.

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.

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 cuya valoración es 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.

En este caso, figura en la historia clínica que se le informó y que la reclamante manifestó en la consulta que había entregado los documentos de consentimiento informado firmados. Por tanto, 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 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 con la cantidad global y actualizada de 6.000 euros.

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

Madrid, a 1 de julio de 2026

El presidente de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 402/26

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid