

Dictamen n.º: **573/26**  
Consulta: **Consejera de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **30.09.26**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 30 de septiembre 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 D. ...., por los daños y perjuicios sufridos por la pérdida de un testículo, que atribuye a una deficiente asistencia por parte del Servicio de Urología del Hospital Universitario de Móstoles.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** El expediente de responsabilidad patrimonial trae causa del escrito presentado por la persona citada en el encabezamiento de este dictamen el día 29 de diciembre de 2024 en el registro de la Consejería de Sanidad.

El reclamante relata la secuencia asistencial de sus problemas urológicos en el Hospital Universitario de Móstoles y, así, manifiesta que el día 7 de noviembre de 2023 fue intervenido de un hidrocele derecho, sufriendo grandes dolores en el postoperatorio y sin que el paciente, ni sus familiares, recibieran información alguna por parte del médico.

Refiere que, pese a sus molestias y a la evidencia de una mala evolución, no fue revisado hasta el día 2 de diciembre, cuando acudió a Urgencias y le tuvieron que recetar tratamiento antibiótico, si bien, respecto al seguimiento, delegaron en el médico de Atención Primaria, programándole citas de revisión muy tardías. En concreto, le citaron el día 19 de enero de 2024 para la realización de una ecografía, y el día 5 de febrero “*de forma inexplicable*”, aunque lo solicitó en otra consulta a la que acudió el día 11 de diciembre de 2023.

Expone que, ante el descontento con la asistencia recibida después de la primera intervención, el día 14 de diciembre de 2023 acudió a la consulta de un urólogo privado, donde le realizaron una ecografía testicular que constató el empeoramiento y la presencia de tabiques en su interior, diagnosticándole “*hidrocele tabicado derecho*”.

Insiste en que, de nuevo en la sanidad pública, no le adelantaron las pruebas, pese a haberse evidenciado a través del informe de la consulta privada la existencia de complicaciones.

Además, cuando finalmente le realizaron la ecografía y constataron la necesidad de reintervenirle, lo incluyeron erróneamente en la lista de espera quirúrgica para la realización de una hidrocelectomía izquierda, cuando el órgano afectado era el derecho.

Considera que, dado que las pruebas diagnósticas y los tratamientos no se adelantaron, pese a la evidencia de las complicaciones que ya sufría, el día 12 de febrero de 2024 se confirmaron los peores pronósticos, y hubieron de extirparle el testículo derecho, que ya estaba necrosado.

Añade que, tras esa segunda intervención, también recibió un alta prematura y sin tratamiento antibiótico o de otro tipo, ni pautas para las curas, por lo que el día 18 de febrero hubo de regresar al Servicio de Urgencias, con una infección severa, y tuvo que estar hospitalizado

hasta el día 27 de febrero de 2024. Afirma que, solo en ese momento, los profesionales del Hospital Universitario de Móstoles empezaron a darse cuenta de las deficiencias asistenciales y de las graves consecuencias que se derivaban de todo ello.

Por razón de todo lo expuesto y considerando la pérdida del testículo y los daños psicológicos consecuencia de los retrasos diagnósticos y asistenciales que afirma se produjeron, el reclamante solicita una indemnización por importe total de 65.583,24 €, que desglosa, aplicando a título orientativo la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, más los intereses correspondientes y sin perjuicio de su ulterior liquidación, en función de la fecha de estabilización de las secuelas.

Con el escrito de reclamación se adjunta diversa documentación médica (folios 1 a 107 del expediente).

**SEGUNDO.-** Del estudio del expediente resultan los siguientes datos fácticos, de interés para la emisión del dictamen:

El paciente tenía 41 años en el momento de los hechos, era fumador de 10-20 cigarrillos al día y consumidor habitual de cannabinoides. Tenía, además, antecedentes de hernia de hiato, gastritis crónica, psoriasis, episodio previo de lumbalgia con RMN normal, había sido intervenido previamente de apendicectomía y varicocelelectomía izquierda.

Según consta, fue diagnosticado clínica y ecográficamente de hidrocele derecho, en consulta de Urología el 23 de octubre de 2023 en el Hospital Universitario de Móstoles, con la indicación de practicarle una intervención de hidrocelelectomía.

Tras la oportuna valoración clínica, se le realizó el preoperatorio y firmó el documento de consentimiento informado, que consta en los folios 36 al 38 del expediente remitido. En dicho documento se incluyen entre los riesgos de la intervención, las complicaciones infecciosas o hemorrágicas y que estas pudieran, de forma extraordinaria, comprometer la subsistencia del testículo.

De ese modo, se indica en dicho documento que: *“A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, como la infección con inflamación del testículo, que se trata médicamente, siendo muy raro tener que extirpar el testículo; la hemorragia tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio; los problemas y complicaciones derivados de la herida quirúrgica (infección en sus diferentes grados de gravedad, apertura de la herida que puede necesitar una intervención secundaria, defectos estéticos derivados de algunas de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales, dolores nerviosos, hiperestesias (aumento de la sensibilidad) o hipoestesias (disminución de la sensibilidad).*

*El médico le ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...), pero pueden llegar a requerir una reintervención, ocasionalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad mínimo y menor a 0,1 %”.*

Con fecha 7 de noviembre de 2023, y de acuerdo con lo programado, se procedió a practicar al paciente una hidrocelectomía derecha y la extirpación de un quiste epididimario derecho, de 6 cm. La cirugía no presentó incidencias intraoperatorias.

Tras informar a la familia y al paciente, se le concedió el alta el mismo día, recomendándole utilizar calzoncillo tipo slip, por ser el

sustituto actual del suspensorio. También se le recomendó acudir al Servicio de Urgencias, si se produjera empeoramiento clínico o fiebre.

El 2 de diciembre siguiente, el paciente acudió a Urgencias por dolor, inflamación y aumento del hemiescroto derecho, con aumento de tamaño del testículo derecho. Se constató transiluminación positiva, sugestiva de orquitis derecha e hidrocele derecho secundario.

Por todo ello, se le pautó tratamiento antibiótico y antiinflamatorio, asociado al slip ajustado, además del seguimiento por su médico de Atención Primaria, programando ecografía preferente, junto con la indicación de las situaciones que aconsejarían acudir nuevamente a Urgencias.

El 26 de diciembre volvió a ser valorado en el Servicio de Urgencias por empeoramiento clínico. En la exploración se evidenció nuevamente transiluminación positiva y aumento de la consistencia del testículo derecho. Aportó adicionalmente el paciente el informe de una ecografía realizada en un centro privado, en el que se describía la existencia de un “*hidrocele tabicado*”.

Con el juicio clínico de hidrocele recidivado, se le incluyó en lista de espera quirúrgica, para nueva intervención.

El 5 de febrero se le valoró nuevamente con una ecografía realizada en el Hospital Universitario de Fuenlabrada y en ella se describieron hallazgos sugestivos de un gran hematoma intratesticular derecho, de 8 cm, y un mínimo hidrocele derecho.

Planteado el caso en sesión clínica, ante las dudas surgidas por la discrepancia entre los resultados de ambas ecografías, se decidió realizar una exploración quirúrgica escrotal derecha, advirtiendo al paciente que, si se confirmaran los datos de la ecografía realizada en el

hospital de la red sanitaria pública, resultaría pertinente practicarle una orquiectomía, por lo que se le facilitó el documento de consentimiento informado para la indicada orquiectomía.

En dicho consentimiento aparece el siguiente párrafo (folios 46 al 54): *“A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención, como otros específicos; hemorragia tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio cuyas consecuencias son muy diversas dependiendo del tipo de tratamiento que haya de necesitarse”*.

También se significan en dicho documento otros riesgos eventuales: *“problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica, tales como las infecciones, de diferente gravedad, la dehiscencia de la sutura –apertura–, las fístulas permanentes o temporales, los defectos estéticos derivados de algunas de las complicaciones anteriores, neuralgias –dolores nerviosos–, hiperestesias –aumento de la sensibilidad– o hipoestesias –disminución de la sensibilidad– el dolor escrotal crónico; en caso de colocar prótesis, la posibilidad de rechazo y/o infección; y cuando la orquiectomía es bilateral aparecen síntomas por falta de hormonas masculinas (sofocos, sudoración, cansancio, pérdida de masa muscular y ósea, principalmente)”*.

El 12 de febrero de 2024, se procedió a efectuar la exploración quirúrgica del paciente. En el protocolo quirúrgico se describe que tras la incisión escrotal se extrajo material hemático y pulpa testicular necrótica, por lo que hubo de realizar una orquiectomía derecha. Al segundo día del postoperatorio y sin signos de infección, se decidió darle el alta hospitalaria.

El 18 de febrero acudió el paciente al Servicio de Urgencias por presentar dolor e inflamación en el hemiescrotal derecho, así como la supuración a través de la herida quirúrgica.

En el TAC que le fue realizado se objetivó líquido en la bolsa escrotal, con burbujas en la zona incisional y en el canal espermático, en relación con el antecedente quirúrgico o, menos probable, como proceso gangrenoso incipiente.

Con el diagnóstico de absceso intraescrotal, se procedió al drenaje del absceso, a efectuar una cura local con suero fisiológico y povidona yodada. y también programar otras curas sucesivas, hasta el 13 de marzo de 2024, a efectuar de forma ambulatoria.

Durante los meses de marzo y abril 2024, constan revisiones de la herida, con persistencia de una mínima dehiscencia (apertura parcial de herida).

Se efectuó cultivo posterior del material supurado y resultó la presencia de flora saprofita, sin infección activa, constando la mejora progresiva de la herida.

En consulta de revisión en el Servicio de Urología del Hospital Universitario de Móstoles, el día 9 de mayo de 2024, se anotó que la herida estaba cicatrizada, con perfil hormonal normal y se programó revisión anual.

Adicionalmente, constan asistencias del paciente en el Servicio de Psicología Clínica del mismo hospital, durante los meses de abril y mayo de 2024, diagnosticando al paciente un *“trastorno adaptativo, con ansiedad y estado depresivo”*, como reacción emocional ante la pérdida testicular y las complicaciones surgidas, programando seguimiento psicológico.

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

Según consta, con fecha 26 de agosto de 2024 se comunicó a la aseguradora del SERMAS la tramitación del procedimiento, acusando recibo el día 1 de septiembre del mismo año (folio 199).

El día 5 de septiembre de 2025 se comunicó formalmente al reclamante la tramitación del procedimiento, su normativa rectora y el sentido desestimatorio del eventual silencio (folio 200).

Consta incorporada la historia clínica en relación con el tratamiento urológico del paciente, en el Hospital Universitario de Móstoles (folios 108 al 187), con inclusión de los documentos de consentimiento informado para las dos intervenciones practicadas al paciente -la hidrocelectomía y la orquiectomía-, además de los de los del resto de procedimiento invasivos que tuvieron lugar durante la asistencia.

Además, ha sido remitida la historia clínica del paciente en Atención Primaria, correspondiente a las asistencias recibidas en su centro de salud, en cuanto al seguimiento de las patologías que motivan la reclamación (folios 191 a 197).

Igualmente, se ha emitido un informe suscrito por el jefe del Servicio de Urología del hospital, de fecha 22 de enero de 2025, relatando de forma justificada la asistencia dispensada, confirmando su adecuación a la adecuada *praxis* médica y destacando que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, en estos casos pueden presentarse efectos indeseables, como los que tuvieron lugar en esta asistencia, lo que justifica su explícita inclusión en los

correspondientes documentos de consentimiento informado (folios 189 al 191).

Seguidamente, se emitió un extenso informe de la Inspección Sanitaria, de fecha 17 de noviembre de 2025 (folios 202 al 216). En el mismo, tras examinar la historia clínica, los informes emitidos en el curso del procedimiento y efectuar las oportunas consideraciones médicas, se afirma que la atención dispensada en cada momento al paciente, por parte del Servicio de Urología del Hospital Universitario de Móstoles, fue adecuada y conforme a la *lex artis*.

Consta escrito de impulso procedimental del reclamante, de fecha 15 de diciembre de 2025 (folio 217).

Posteriormente, habiendo finalizado la instrucción del procedimiento, mediante diligencia de 23 de febrero de 2026, se concedió trámite de vista y alegaciones finales al reclamante. Consta el acuse postal del recibo de la comunicación por su parte, el día 3 de marzo de 2026 (folio 220).

No constan efectuadas alegaciones finales por el reclamante.

Finalmente, con fecha 10 de agosto de 2026, la viceconsejera de Sanidad y directora general del Servicio Madrileño de Salud ha formulado una propuesta de resolución que desestima la reclamación, al considerar que no se resulta acreditado que la asistencia sanitaria dispensada fuera contraria a la *lex artis*.

**CUARTO.-** El 4 de septiembre de 2026 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid solicitud de dictamen en relación con la presente reclamación de responsabilidad patrimonial.

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente a la letrada vocal Dña. Carmen Cabañas Poveda, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora, en su sesión de 30 de septiembre de 2026.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

### **CONSIDERACIONES DE DERECHO**

**PRIMERA.-** La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros, y a solicitud de la consejera de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

**SEGUNDA.-** La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial se regula en la LPAC. 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.

El reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la Ley 40/2015, de 1 de

octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), al tratarse de la persona que recibió la asistencia sanitaria que se considera incorrecta.

En lo concerniente a la legitimación pasiva para soportar la reclamación, le corresponde a la Comunidad de Madrid, ya que el daño cuyo resarcimiento se pretende se atribuye a la asistencia prestada en un centro integrado en la red sanitaria pública, el Hospital Universitario de Móstoles.

En lo relativo al requisito temporal, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, que se contará, en caso de daños de carácter físico o psíquico, desde que el hecho aconteció o desde la curación o determinación del alcance de las secuelas (artículo 67.1 de la LPAC).

En este caso, el interesado reclama por la atención recibida en el Hospital Universitario de Móstoles desde el día 7 de noviembre de 2023, y, según consta en la historia clínica, en consulta de revisión en el Servicio de Urología del día 9 de mayo de 2024 se anotó que la herida estaba cicatrizada, con perfil hormonal normal y se programó revisión anual, con independencia de otras asistencias psicológicas posteriores dispensadas al mismo paciente.

De acuerdo con lo expuesto, la reclamación formulada el día 20 de diciembre de 2024 debe tenerse por formulada en plazo legal.

En cuanto al procedimiento, el órgano petionario del dictamen ha seguido en su instrucción los trámites previstos en las leyes aplicables. Así, se ha recabado la historia clínica del paciente, en cuanto a su asistencia hospitalaria y el informe del responsable del servicio cuestionado. También se ha incorporado la documentación correspondiente de la asistencia del paciente en Atención Primaria y se

ha emitido informe por parte de la Inspección Sanitaria. Posteriormente, se ha dado traslado del expediente para alegaciones al reclamante, que no ha hecho uso del trámite, y se ha dictado la correspondiente propuesta de resolución, desestimatoria de la reclamación, que ha sido remitida, junto con el resto del expediente, a la Comisión Jurídica Asesora para la emisión del preceptivo dictamen.

Por tanto, debe concluirse que la instrucción del procedimiento ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

**TERCERA.-** Como es sabido, la responsabilidad patrimonial de la Administración se rige por el artículo 106.2 de la Constitución Española, a cuyo tenor: *“Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”*. El desarrollo legal de este precepto se encuentra contenido actualmente en los artículos 32 y siguientes de la LRJSP, completado con lo dispuesto en materia de procedimiento en la ya citada LPAC.

La Sentencia del Tribunal Supremo de 25 de mayo de 2016 (recurso 2396/2014) recoge lo siguiente a propósito de las características del sistema de responsabilidad patrimonial:

*“(...) el art. 139 de la LRJAP y PAC, establece, en sintonía con el art. 106.2 de la CE , un sistema de responsabilidad patrimonial : 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”.*

Según abundante y reiterada jurisprudencia, para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran alterar dicho nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor, y d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

La responsabilidad de la Administración es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión, siendo imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que, por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 18 de septiembre de 2017 (recurso 787/2015), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo,

*“en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis, que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. Así pues, sólo en el caso de que se produzca una infracción de dicha lex artis respondería la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos por lo que deberían ser soportados por el perjudicado”.*

**CUARTA.-** En el supuesto analizado, el reclamante reprocha en su escrito de reclamación un error o retraso en el diagnóstico del proceso infeccioso e isquémico que presentó y determinó la pérdida del testículo derecho y, en particular, considera que medió desatención en la asistencia, desde el día 7 de noviembre de 2023, cuando se le practicó una hidrocelectomía derecha, junto con la extirpación de un quiste epididimario, al entender que todo el seguimiento posterior no fue el adecuado, determinando los errores y retrasos que considera producidos en la consecuencia de la pérdida del testículo derecho.

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 del paciente actuaron conforme a la *lex artis* se convierte en la cuestión a examinar.

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 Sentencia del Tribunal Supremo de 16 de marzo de 2016 (recurso de casación 2228/2014) destaca que *“la asistencia sanitaria es una obligación de medios y no de resultados, de modo que no puede apreciarse responsabilidad cuando se han empleado las técnicas y los instrumentos de que se dispone. Y es precisamente lo acaecido en este caso, en el que se han ido poniendo los medios adecuados, realizando pruebas diagnósticas, acordes con lo que sugerían, desde el punto de vista médico, las diferentes dolencias del recurrente”*.

Por su parte, el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en su Sentencia de 9 de marzo de 2017 (núm. de recurso 203/2014), manifestó que *“en lo que específicamente se refiere al diagnóstico de las enfermedades que los pacientes padecen, la garantía de medios comporta que se utilicen los medios disponibles coherentemente con los síntomas y signos que presenten, y con la información relevante que faciliten”*.

Además, lo que procede es un empleo de medios ordinarios y diligencia para cerciorarse de los diagnósticos que se sospechen, sin que se exija la realización de todas las pruebas diagnósticas que pudieran llevarse a cabo, sino las adecuadas a los síntomas que presente el paciente, para su correcto tratamiento inmediato, derivación o seguimiento. En este punto cabe traer a colocación lo expresado en la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 28 de abril de 2017 (recurso 133/2014), cuando señala que *“los servicios médicos sanitarios públicos actúan y proponen medios diagnósticos a la vista de*

*los síntomas que los pacientes refieren, pues no es admisible que quien entra en el Servicio de Urgencias o en otras dependencias agoten sin más indicios todas las múltiples pruebas diagnósticas y múltiples patologías sin que los síntomas que se tengan exijan su realización”.*

Por lo demás, en cuanto a la asistencia en los Servicios de Urgencia y su lógica conexión con el papel de la Atención Primaria en el seguimiento de los procesos médico- asistenciales, debemos recordar que, el anexo IV del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, define la atención de Urgencia como *“aquella que se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata”,* y concreta que *“se dispensará tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluyendo el domicilio del paciente y la atención in situ, durante las 24 horas del día, mediante la atención médica y de enfermería, y con la colaboración de otros profesionales”.*

Así las cosas, una vez atendida la situación de urgencia, se procederá al alta de los pacientes o a su derivación al nivel asistencial más adecuado y, cuando la gravedad de la situación así lo requiera, al internamiento hospitalario, con los informes clínicos pertinentes para garantizar la continuidad asistencial.

Por lo demás, en cuanto garantía de la referida continuidad asistencial, el anexo II de la norma últimamente citada dispone que, la Atención Primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la misma, a lo largo de toda la vida del paciente y destaca que actúa como *“gestor y coordinador de casos y regulador de flujos”.*

Se hace de esa forma evidente que, atendidas las situaciones de urgencia en el contexto hospitalario, es la Atención Primaria la

encargada de efectuar el seguimiento posterior de los tratamientos programados y valorar, en su caso, la necesidad de nuevas asistencias, en consulta de Atención Especializada o en los propios Servicios de Urgencia.

De otra parte, en materia de carga de la prueba, para determinar la supuesta infracción de la *lex artis*, debemos partir de la regla general de que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido se ha pronunciado la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de junio de 2017 (recurso 909/2014), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

Es, por tanto, el reclamante quien ha de probar a través de medios idóneos que la asistencia prestada no fue conforme a la *lex artis*, entendiendo por tales medios probatorios idóneos, según la Sentencia de 15 de noviembre de 2018 del Tribunal Superior de Madrid (recurso: 462/2017) “*los informes periciales e informes técnicos incorporados a los autos y al expediente administrativo, pues se está ante una cuestión eminentemente técnica y en los cuales necesariamente debe apoyarse el tribunal a la hora de resolver las cuestiones planteadas*”.

Frente a lo expuesto, en este caso, y respecto de la atención sanitaria dispensada en el Hospital Universitario de Móstoles, el reclamante no ha aportado ningún tipo de acreditación técnico-pericial que constate que la atención recibida fuera incorrecta o inadecuada, sin que sirvan a este propósito las afirmaciones contenidas en el escrito de reclamación, sin sustento probatorio alguno.

Ante esta falta de esfuerzo probatorio, el informe del servicio afectado y, especialmente, el de la Inspección Sanitaria, sostienen que la atención dispensada fue conforme a la *lex artis*, adoptando la actitud que demandaban tanto los síntomas, como la exploración y los

resultados de las demás pruebas diagnósticas realizadas al paciente, en cada momento.

De esa forma, como hemos visto, la Inspección Sanitaria, tras analizar el proceso asistencial que consta en las actuaciones y los informes emitidos en el curso del procedimiento, ha considerado que la actuación asistencial prestada fue conforme a la *lex artis*.

Al respecto, explica en su informe que la hidrocelectomía es una intervención quirúrgica destinada a eliminar un hidrocele, que consiste en la acumulación de líquido entre las capas de la túnica vaginal que envuelve parcialmente el testículo y el epidídimo, dentro del escroto.

Se considera que, en estos casos, la técnica habitual consiste en la incisión escrotal, apertura de la túnica vaginal y eversión o resección parcial (técnicas de Lord o Jaboulay), para resolver el hidrocele, aliviar las molestias y prevenir complicaciones.

En cuanto a los protocolos y guías clínicas de actuación en relación a la hidrocelectomía y su aplicación al caso, la Inspección Sanitaria resulta tajante al indicar que no es cuestionable que no se realizara una ecografía urgente en la primera visita a urgencias de este paciente, porque la indicación de ecografía urgente se limita a cuadros de escroto agudo (dolor súbito, intenso, con sospecha de torsión, hematoma o infección grave) y, en la primera visita, el paciente presentaba dolor leve moderado, sin fiebre ni signos de torsión, por lo que se solicitó ecografía preferente.

Por lo demás, a salvo los supuestos de escroto agudo, la ecografía es la técnica de elección para diferenciar hidrocele, hematoma, torsión y absceso, pero la programación de la misma, o no, con carácter de urgencia depende de la clínica (dolor agudo, fiebre, empeoramiento rápido).

Sobre la valoración del tratamiento del hidrocele, en este caso, la Inspección Sanitaria destaca que el paciente fue reevaluado en el Servicio de Urgencias el día 2 de diciembre de 2023 y se le solicitó ecografía preferente. Posteriormente se realizó la indicada ecografía hospitalaria, el día 19 de enero de 2024, en el Hospital Universitario de Fuenlabrada y se confirmó un hematoma masivo que justificó la segunda la indicación quirúrgica, tras la imprescindible firma por el paciente del documento de consentimiento informado específico para orquiectomía.

Resulta en este punto muy claro el análisis de la Inspección Sanitaria, que indica que la secuencia clínica urgencias → antibiótico → imagen → sesión clínica → reintervención, se ajusta a las guías y a los protocolos europeos.

En cuanto a la consideración sobre el tratamiento del hidrocele recidivado y el circuito privado a que se sometió el paciente, se indica que un hidrocele recidivado tras otra cirugía no siempre implica cirugía inmediata y que, si no hay tensión, dolor significativo ni infección, se recomienda observación y seguimiento y señala la evidencia de que no se daban tales indicadores en este supuesto, puesto que, en otra forma, la cirugía habría sido ofrecida también a este paciente en el propio circuito privado a que había acudido, situación que no se dio.

En definitiva, el hecho de que la evolución de la patología del paciente no fuera la esperada y que, por el contrario, lejos de remitir, deviniera en un proceso necrótico e irreversible, no puede llevarnos a considerar incorrecta la asistencia y el tratamiento dispensado inicialmente, pues ello llevaría a un enjuiciamiento prospectivo de la asistencia, contrario al principio de la prohibición de regreso.

Así lo tiene declarado esta Comisión Jurídica Asesora, apoyándose en múltiples pronunciamientos judiciales, como el del Tribunal Superior

de Justicia de Madrid en Sentencia de 4 de abril de 2017 (recurso 532/2015) según la cual: *“No es correcto realizar una interpretación de lo acontecido conociendo el resultado final. 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”*.

Junto con lo indicado hasta el momento, y también en el plano estrictamente jurídico, debemos hacer notar que la inclusión de un riesgo entre los previstos en el documento de consentimiento informado de una determinada práctica clínica o sanitaria, de carácter invasivo, como ocurre en este caso, elimina la antijuridicidad de la misma, si desgraciadamente se materializa.

Efectivamente, la firma del documento de consentimiento informado, en los términos del artículo 3 de la Ley 41/2002, de 14 noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, supone *“la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades, después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a la salud”*.

Por todas estas circunstancias, el mismo informe de la Inspección Sanitaria concluye que, en este caso, *“no hay evidencia objetiva de mala praxis”* y continúa argumentando: *“La primera cirugía fue indicada y realizada correctamente; las complicaciones (hematoma, infección) son riesgos contemplados y advertidos; el manejo posterior fue adecuado y conforme a protocolos; la pérdida testicular, aunque grave para el paciente y lamentamos el desenlace, no deriva de negligencia sino de una complicación evolutiva inevitable*.

*De lo anteriormente expuesto puede concluirse, que la asistencia sanitaria dispensada a D. [ el paciente] por el Servicio de Urología del Hospital Universitario de Móstoles fue adecuada y de acuerdo a la lex artis”.*

Llegados a este punto, conviene 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”.*

De acuerdo con todo ello y coincidiendo con el relevante criterio de la Inspección Sanitaria y lo constatado en la historia clínica, consideramos acreditada la corrección de la asistencia dispensada al reclamante.

En mérito a cuanto antecede, la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

## **CONCLUSIÓN**

Procede desestimar la reclamación presentada, al no haberse acreditado la existencia de mala praxis en la atención dispensada al

reclamante por parte de los facultativos del Hospital Universitario de Móstoles.

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 30 de septiembre de 2026

El presidente de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 573/26

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid