

Dictamen nº: **489/16**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **27.10.16**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad en su sesión de 27 de octubre de 2016, sobre la consulta formulada por el consejero de Sanidad al amparo del artículo 5.3.f).a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el asunto promovido por Dña. N.C.G. sobre indemnización de los daños y perjuicios derivados del retraso en el diagnóstico de tumor ovárico.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** El 24 de septiembre de 2014 se presentó en el registro del Servicio Madrileño de Salud, reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por la paciente identificada en el encabezamiento del dictamen.

La reclamación se remontaba a la fecha del 17 de agosto de 2012, cuando, encontrándose mal, la reclamante había acudido a su MAP por dolores e hinchazón en el lado izquierdo del abdomen. Según expone, ante la ausencia del titular, le atendió una suplente que, reconociendo no saber con exactitud de qué dolencia se trataba, le prescribió dieta blanda a pesar de descartar que se tratase de una gastroenteritis.

Tras ello, se fue de vacaciones, en las que persistieron los dolores en la zona abdominal, y, a la vuelta, y una vez que, al cabo de varios días desde la petición de cita volvió a su vez la titular, acudió a la consulta con un bulto aparente en la zona, le restó importancia al considerar que se trataba de gases que se formaban por razón de la escoliosis que padecía la paciente y hacía que su estómago estuviera *más metido* de lo normal. Le prescribió Donperidona, tratamiento que no evitaba el dolor que ya sentía incluso al orinar, por lo que volvió a consulta de la MAP, que le remitió al Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla” (HCDGU) a fin de que le realizaran una radiografía.

Hecha la prueba radiológica, la interpretación que le dio su MAP era que tenía gases, cosa que también expresaba el informe del radiólogo, por lo que confirmó el tratamiento farmacológica establecido previamente y le dio una serie de consejos para evitar la aparición de gases, no obstante lo cual, siguió sufriendo los mismos dolores.

Se dio la circunstancia de que, el 13 de diciembre la reclamante fue objeto de una agresión, motivo por el que el SAMUR le llevó al HCDGU, en cuyo Servicio de Urgencias se quejó de los dolores que tenía en el abdomen no obstante lo cual por el colapso que sufría el servicio simplemente le hicieron una radiografía de espalda, siendo diagnóstica de cefalea de leve intensidad, lumbalgia de moderada intensidad, pequeño hematoma a nivel de región parietal izquierda y abdomen blando con ruidos hidroaéres, doloroso el abdomen a la palpación a nivel de hemiabdomen inferior.

En enero de 2013 fue de nuevo a consulta de su MAP con el objeto de advertirle que seguía con dolores que no calmaba ni tan siquiera la medicación analgésica y con el abdomen hinchado, a lo que la doctora encontraba explicación en los gases y en el nerviosismo derivado de estar en paro y de la agresión que había sufrido, siendo remitida esta vez al especialista de Digestivo del HCDGU.

La consulta, que no se había solicitado con carácter preferente, fue fijada para el 26 de marzo, y en ella dice la reclamante que informó a la médico de los dolores y del bulto visible en el abdomen, así como de pérdida de peso y de olor en la micción. La especialista insistió en el diagnóstico de exceso de gases, que asimismo servían para explicar el bulto abdominal, y le mandó un tratamiento medicamentoso para tres meses así como análisis de sangre y sobre posible intolerancia a la lactosa y a la proteína de la vaca. Objeta aquí a lo indicado por dicha médico en su informe, que ella no se negó a la realización de pruebas invasivas, y precisamente echa de menos que se le hubiera derivado al ginecólogo o indicado la realización de una ecografía de abdomen, y sólo previera una colonoscopia para el caso de ausencia de mejoría.

Añade que, al dar negativos los análisis practicados, le tuvieron durante meses sin poder comer productos favorecedores de los gases (leche, lácteos, fibra, verduras, legumbres, bebidas gaseosas o tabaco del que por otra parte no era consumidora), amén de otras indicaciones como no llevar pantalones ajustados, comer despacio y masticar mucho, tomar infusiones de hinojo y cocinar con cominos y anises.

Refiere que, al seguir sin notar mejoría, fue a consulta de su MAP, nuevamente a la de Digestivo el 24 de abril advirtiéndole sobre el mantenimiento de dolores, dolor al orinar, pérdida de peso o excesivo sangrado en las reglas, ante lo cual le pautó nuevo tratamiento de tres meses para los gases, con revisión el 19 de julio de 2013, cita a la que no quiso acudir al ver que *estaba dando palos de ciego*, acudiendo en cambio a su MAP, que le insistió en tomar medicación para los gases ante el cuadro anteriormente descrito. No obstante, la paciente le habría pedido en dicha consulta que le mandara realizar unos análisis de sangre y que le remitiera a una segunda opinión a un hospital distinto del HCDGU, cosa que estimó imposible al corresponderle por su zona. Al conocer la publicidad institucional de la Comunidad de Madrid sobre el

derecho a cambiar de médico y de hospital, llamó al teléfono de la coordinadora del Centro de Salud, teléfono en el que le indicaron que volviera al día siguiente a su MAP, a la que habían informado debidamente, a por un volante. Así fue como le dieron cita para el 26 de febrero de 2014 en el Centro de Salud de la Avenida de Portugal (no era posible en un hospital en fecha anterior, al no haberse dado la cita con carácter preferente), y, al ver el bulto que tenía en la zona abdominal, la facultativo que le asistió se sorprendió de que no se le hubiera mandado una ecografía, y le manifestó que no estaba en el estómago, por lo que no podía tratarse de gases. Añade que, al exponerle todos los síntomas que venía presentando, esta doctora *se temió lo peor* y le mandó realizar un tránsito intestinal, una ecografía y unos marcadores tumorales de ovarios con preferencia.

Al día siguiente, al realizar la ecografía, la propia radióloga se habría asustado de la magnitud del bulto, avisó a otro radiólogo para que viera las imágenes y le informó que se trataba de un tumor en el ovario, razón por la cual iban a activar el protocolo de emergencia y avisarle pronto para realizar un TAC, que le fue realizado el 6 de marzo en el Hospital Clínico, siendo citada para recoger los resultados el día 12, siendo derivada de Digestivo a Ginecología al tratarse de un tumor de ovario de grandes dimensiones, dándole cita para ese mismo día. La ginecóloga le pidió dos ecografías vaginales ante la magnitud del bulto, cuya aparición databan en una antelación de entre mes y medio y dos años, siendo realizadas de inmediato, sirviendo para confirmar que era de un tamaño de 15x10, si bien no sabían precisar si estaba en el ovario derecho o el izquierdo dado lo adherido que estaba a los uréteres y a la vena ilíaca. Le pusieron de manifiesto que debía ser operada sin dilación, e incluso que acudiera a Urgencias del Hospital Clínico si notaba síntomas añadidos a los que venía presentando desde hacía meses, y le dieron un volante para consulta preferente en Oncología Ginecológica.

En la consulta de Oncología, de 20 de marzo, la ginecóloga manifestó asombro ante el tamaño del bulto, no estimando comprensible que hubiera podido ser confundido con simples gases y que no se le hubiera solicitado una ecografía con anterioridad, ya que el dolor al orinar y el sangrado por encima de lo habitual durante la menstruación constituyen síntomas del tumor de ovario. En la consulta se le advirtió de que tenía que someterse a una laparotomía exploratoria con carácter urgente, al no ser posible practicar una laparoscopia por el gran volumen del tumor, así como la posibilidad de que la tuvieran que quitar todos sus órganos genitales en una segunda intervención.

La reclamante relata las dificultades de los días previos a la intervención del 16 de abril en el Hospital Clínico, en los que, al cuadro ya habitual se le sumaron vómitos y diarreas, así como las limitaciones que tuvo tras el alta, dada el día 19, tales como no cargar objetos pesados en seis u ocho meses o los cuidados para la herida quirúrgica y la costura intradérmica, que precisamente tuvieron dificultades para cortar las enfermeras de su centro de salud ante lo cual fue remitida de nuevo a Urgencias del HCSC. Advierte que la reclamante, que los tirones que le dieron en el vano intento de descoserle la costura, se le debió de saltar un punto intradérmico, y le quedó una especie de *hoyito en la piel visible por fuera*. Para su cura, ha tenido que acudir a consulta una o dos veces por semana, y a la fecha de presentación de la reclamación seguía asistiendo a su enfermera habitual.

Como corolario de cuanto exponía, solicitaba ser indemnizada por los episodios de *mala praxis* que había padecido, cuantificando los daños físicos, estéticos, morales y psicológicos que entendía haber sufrido en un importe de 350.000 euros. Los perjuicios sufridos residían en los dolores y demás molestias expuestas desde el 17 de agosto de 2012 hasta que se le diagnosticó una segunda opinión, el someterse a una intervención en que le extirparon el ovario y la trompa del lado

izquierdo, el padecer endometriosis de por vida, las dificultades para tener hijos sometiéndose a costosos tratamientos específicos con bajísimas expectativas de éxito, la repercusión psicológica por las consecuencias de la intervención, la frustración de su plan de vida consistente en formar una familia en un futuro próximo, la recuperación mucho más complicada que la correspondiente a una simple intervención por laparoscopia si hubiera sido *cogida a tiempo*, la afectación que está suponiendo sobre sus relaciones familiares y de pareja al encontrarse hundida, haberle *fastidiado el estómago* haciéndole tomar durante años medicación para los gases que no necesitaba, el coste económico innecesario al tratarse de tratamientos muy caros e incluso a veces no cubiertos por la Seguridad Social, las limitaciones para desempeñar un trabajo en el futuro por los dolores que conlleva la endometriosis, la angustia que sufre cada vez que asiste a revisión hasta que conoce los resultados, así como el hoyo visible con bikini que le ha quedado por la equivocación de la enfermera que hizo salar el punto intradérmico.

Acompañaba a la reclamación documentación correspondiente al historial clínico.

**SEGUNDO.-** En relación con el contenido de la reclamación, la consulta del expediente administrativo ha puesto de manifiesto los siguientes hechos:

**1.** La reclamante, con antecedentes de sintomatología compatible con gastroenteritis infecciosa por la que cursó consulta a Atención Primaria en los años 2007, 2008, 2009 (por dos veces) y 2010, y epigastralgia por la que fue vista el 29 de marzo de 2012, acudió nuevamente a dicho servicio el 17 de agosto de 2012 (cuando contaba con 30 años de edad) por dolor abdominal tras la cena del día anterior y náuseas, sin vomito ni diarrea. A la exploración física mostraba abdomen blando con dolor en zona periumbilical, RHA aumentados y

timpanismo marco cólico, siéndole prescrito evitar bebidas gaseosas y comidas flatulentas, así como un jarabe para reducir y prevenir la formación de gases.

El 18 de septiembre volvió a Atención Primaria por dolor abdominal sin distensión de vejiga con micción dolorosa, sin hematuria. A la exploración no presentaba dolor a la palpación profunda, percusión negativa y había mejorado con el tratamiento mediante domperidona.

A petición de su médico de AP, el 24 de septiembre se le realizó en el HCDGU una radiografía simple de abdomen, que permitió objetivar escoliosis lumbar de convexidad izquierda, manifestándose el resto sin alteraciones patológicas.

En consulta de Atención Primaria de 3 de octubre, se observaban gases en la placa, y se anotó que había mejorado con domperidona.

En la consulta de 5 de noviembre a la exploración se notó timpanismo, por lo que se pautó domperidona sin ningún alivio.

El 4 de diciembre acudió por primera vez al Servicio de Digestivo del HCDGU por molestias abdominales durante la mañana hasta la hora de la comida desde el mes de agosto, que en la anamnesis eran localizadas en hemiabdomen superior, acompañadas de meteorismo, dificultad para eructar y expulsar gases, deposición diaria dura y de poca cuantía. A la exploración abdominal presentaba abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin masas ni megalias, muy timpánico. En la radiografía de abdomen se apreciaba escoliosis lumbar de convexidad izquierda y heces en colon derecho. Se estableció el diagnóstico de meteorismo+dispepsia tipo dismotilidad, pautándose tratamiento mediante procinético y antiespasmódico.

El 11 de diciembre, en Atención Primaria, se anotó que el Servicio de Digestivo que había valorado a la paciente había coincidido en cuanto al diagnóstico de posibles molestias por escoliosis.

El 13 de diciembre acudió al Servicio de Urgencias del HCDGU por agresión física en la que había sufrido golpes en la cabeza y en la espalda, presentando cefalea y lumbalgia de moderada intensidad, sin pérdida de conciencia, náuseas, vómitos, mareos ni visión borrosa. En la exploración presentaba pequeño hematoma en región parietal izquierda, realizándole una exploración abdominal que permitió apreciar abdomen blando doloroso a la palpación a nivel de hemiabdomen inferior y ruidos hidroaéreos. En la radiografía de columna lumbar se apreció la escoliosis dorsolumbar sin lesiones óseas agudas.

El 2 de enero de 2013 acudió de nuevo a Atención Primaria por dolor de espalda y de estómago. Se le indicó que volviera a acudir al especialista de Digestivo, atendiendo a la indicación de este último para el caso de no experimentar alivio con el tratamiento que le fue prescrito.

El 26 de marzo, en Digestivo del HCDGU, se apreció que continuaba con las molestias en hemiabdomen superior sin mejoría a pesar de seguir el tratamiento farmacológico que tenía pautado. Se solicitó analítica e hizo constar que la paciente no quería que se le practicasen pruebas invasivas, y estableció el juicio clínico de meteorismo+dispepsia tipo dismotilidad. En el informe correspondiente se anotó que estaba en el paro.

El 11 de abril se le adelantó desde Atención Primaria nueva cita para Digestivo.

En consulta de Digestivo del HCDGU de 24 de abril de 2013, la paciente continuaba con las molestias, sobre todo por la mañana, llegando a despertar en ocasiones del dolor, tenía deposiciones normales pero 2 o 3 veces al mes con mucosidad, y presentaba pérdida de peso.

La analítica realizada el 1 de abril en el mismo hospital no mostraba datos anormales (y las pruebas de alergia a la leche de vaca resultaron negativas), y, con el juicio clínico de meteorismo, se le puso tratamiento consistente en dieta sin lactosa, medias dietéticas y antiespasmódico musculotrópico, planteando la realización de una colonoscopia (entre interrogantes) para el caso de no producirse mejoría.

En nueva consulta de Atención Primaria de 30 de enero de 2014, mostraba dolor en el abdomen, siendo remitida para valoración por Digestivo.

Dicha valoración fue realizada el 12 de febrero de 2014 en el Centro de Especialidades “Avenida de Portugal”. En dicho centro se apreció dolor en mesogastrio/hipogastrio no relacionado con la ingesta ni la deposición desde agosto de 2012, estreñimiento habitual acompañado de aumento del perímetro abdominal, y que no había experimentado mejoría con la medicación procinética y anticolinérgica que le había sido pautada. A la exploración se apreció una masa abdominal dolorosa de 12-13 cm. de diámetro, solicitando analítica y ecografía abdominal con carácter preferente.

El 27 de febrero de 2014 se realizó en el HUSC la ecografía abdominal pautada por Digestivo del Centro de Especialidades (C.E.) “Avenida de Portugal” por dolor mesogástrico y masa en mesohipogastrio a la palpación. La prueba permitió apreciar tumoración en hipogastrio de aspecto homogéneo, aunque con algún tabique en su interior, de al menos 16 cm. de diámetro mayor, que parecía depender del ovario derecho, sugestiva de tumor ovárico (cistoadenoma), sin desestimar otras posibilidades. Se cursó solicitud de TAC de forma preferente.

El TAC se realizó el 6 de marzo de 2014 en el HUSC. En el mismo se identificó una gran masa quística de unos 14 cm. con zonas de pared

engrosada (hasta 10 mm) y un tabique en su interior, que parecía depender del ovario derecho y comprimía el uréter distal derecho (con dilatación pielocalicial y del uréter proximal y medio) y la vena ilíaca derecha (la cual estaba permeable). Se identificaron tres lesiones ocupantes de espacio (LOES) en parénquima hepático que parecían corresponder a lesiones no malignas. No se apreciaron nódulos suprarrenales, adenopatías abdominales o pélvicas de tamaño significativo ni lesiones óseas claramente sospechosas de metástasis.

El 12 de marzo, apreciando el resultado del TAC, la paciente fue derivada de Digestivo a Ginecología del C. E. "Avenida de Portugal", servicio este último que la atendió ese mismo día y, tras explorarla, solicitó ecografía trasvaginal, realizada igualmente en el día en el HCSC. La nueva prueba permitió objetivar imagen quística bicameral de 15x10 cm., con contenido muy denso y un tabique de 4 mm. de grosor adherida al ovario derecho. No obstante, en el informe correspondiente se anotó que no era posible la visualización del ovario izquierdo por lo que podía ser dependiente del ovario izquierdo extendiéndose hasta fosa ilíaca derecha y haciéndose extrapélvica.

La paciente fue remitida de forma urgente a la Unidad de Oncología Ginecológica del HUSC, donde, el 20 de marzo se decidió realizar laparatomía exploradora por presentar tumoración anexial, firmando aquélla el consentimiento informado correspondiente.

Tras el preoperatorio, la intervención quirúrgica, consistente en anexectomía izquierda, tuvo lugar el 16 de abril en el HUSC, apreciándose durante la misma tumoración de 18 a 20 cm. con características de endometriosis ovárica, adherida al ligamento ancho y cara posterior del útero. En la intervención se procedió a su ruptura, liberando material "chocolatado" de aspecto endometriósico.

Tras una buena evolución post operatoria, le fue dada el alta hospitalaria con fecha 19 de abril. En el informe de continuidad de

cuidados se le dieron una serie de pautas dietéticas y preventivas y se le remitió a su Centro de Salud para evolución y seguimiento. Asimismo, se encomendaba la retirada de los cabos de la sutura del octavo al décimo día tras la cirugía. Con posterioridad al alta, el informe anatomopatológico (de 28 de abril) pondría de manifiesto que el quiste endometriósico de 14 cm de diámetro mayor y 7 de diámetro menor, con la trompa de Falopio en la superficie externa de la pieza, no tenía evidencias de malignidad.

El 23 de abril acudió al Centro de Salud “Los Yébenes” para valoración de la posible retirada de puntos. Se estimó que aún no estaban para ser retirados y se practicó limpieza de la herida mediante povidona yodada y curación con suero y antiséptico.

El 25 de abril se volvió a limpiar la herida con povidona yodada.

El 26 de abril la actual reclamante acudió a Urgencias del HUSC por dolor en la herida quirúrgica. A la exploración la herida se encontraba en buen estado, sin signos de infección ni induraciones.

El 28 de abril, tras realizar la limpieza en la forma habitual, y presentando la herida quirúrgica infraumbilical muy buen aspecto, se procedió a la retirada del punto. También se realizaron cuidados del sitio de incisión.

No obstante, ese mismo día la paciente acudió a Urgencias del HUSC, según se decía por remisión de su Centro de Salud por imposibilidad para retirar la sutura continua infraumbilical. En Urgencia cortaron el extremo de sutura intradérmica y explicaron a la paciente que no había que tirar de la sutura al ser reabsorbible.

Con posterioridad, fue atendida periódicamente en su Centro de Salud en orden a la limpieza de la herida, hasta que el 8 de julio de

2014 fue dada de alta en Urgencias del HCSC por buen estado de la herida quirúrgica.

En ecografía ginecológica de 24 de julio, no existían hallazgos coetáneos.

**2.** Con fecha 21 de mayo de 2014, la interesada presentó un escrito de queja dirigido a la Gerencia de Atención Primaria, en el que lamentaba que no se le hubiera mandado a su debido tiempo la realización de una simple ecografía en el Centro de Salud “Los Yébenes atendidos los síntomas que había presentado. Mediante misiva de 2 de junio de 2014, el director asistencial de la Zona Centro manifestó su disculpa por los hechos relatados y el deseo de una satisfactoria mejoría de la paciente.

La interesada, al conocer la respuesta, remitió nuevo escrito de 25 de junio explicando con más detalle los avatares de la asistencia que le había sido prestada. El mismo director asistencial que se había dirigido con anterioridad a ella, lo hizo de nuevo mediante nueva carta de 16 de julio de 2014, en la que se le manifestó:

*“Insistiendo en la consideración de que los profesionales sanitarios intentan dispensar la mejor atención a los pacientes, según la información de que disponemos y analizando nuevamente su expediente, no actuamos de la forma más adecuada posible.*

*Sentimos profundamente lo sucedido y tras su análisis se van a establecer las medidas de mejora para que no vuelva a repetirse los hechos relatados”.*

**3.** La interesada también formuló escritos de queja ante el HCDGU. En informe de 9 de junio de 2014, la Teniente-Coronel jefa accidental del Servicio de Digestivo, examinó las consultas que había pasado la paciente en dicho servicio, y apuntaba que,

*“La paciente acudió al Servicio de Digestivo por sintomatología localizada en hemiabdomen superior, el abdomen le fue explorado, entre agosto y diciembre de 2012 por 3 médicos diferentes sin objetivarse en ningún momento la presencia de una masa abdominal, aunque fuera de origen ginecológico, tampoco refirió la paciente en las consultas sucesivas en Digestivo el notarse masa alguna en el abdomen. Desde la última visita en nuestro Servicio hasta que se detecta por ECO abdominal la presencia de un quiste ovárico, ha transcurrido un año, tiempo suficiente para que ese quiste pasara de ser indetectable a la exploración abdominal a palparse”.*

Igualmente, ante la reiteración de la queja de la actual reclamante, mediante informe de 2 de julio de 2014, expuso:

*“... 3.- En su historia clínica del Servicio de Aparato Digestivo, no consta en ninguna de las visitas, que usted le contara a la [especialista] síntomas urinarios o ginecológicos, que de hecho, habrían permitido una mejor orientación de su caso.*

*Consta por escrito, que en la visita del día 26 de marzo de 2013 rechaza usted la realización de estudios invasivos. Toda esta historia está escrita hace más de 1 año y nadie está faltando a la verdad.*

*4.- El Médico de Urgencias que la atiende el día 13-12-2012 por una agresión física, hace mención a dolor a la exploración en hemiabdomen inferior, y no refleja la existencia de masa alguna, cuando un paciente presenta una masa en la exploración, esta se refleja en la historia clínica, tenga o no el paciente dolor.*

*5.- Los 3 médicos que le han explorado el abdomen son: su Médico de Atención Primaria, el Médico de la Urgencia y el especialista de Aparato Digestivo de este Centro, todos ellos escriben en su historia*

*clínica y ninguno refleja en la exploración abdominal la presencia de una masa ni tampoco mencionan que usted hiciera referencia a sintomatología ginecológica como ahora refiere usted”.*

**TERCERO.-** A raíz de la formulación del escrito de reclamación se ha instruido procedimiento de responsabilidad patrimonial, una vez admitida a trámite la solicitud en virtud de acuerdo de la jefa del Servicio de Responsabilidad Patrimonial del SERMAS de 2 de octubre de 2014. En esa misma fecha, se dio traslado de la reclamación al HCDGU.

A solicitud de la instrucción, el Servicio de Aparato Digestivo del HCDGU, por medio de su jefe interino, ha emitido informe de 22 de octubre de 2014:

*“Paciente de 30 años que el día 17-08-2012 fue atendida por su Médico de Atención Primaria (MAP) por dolor abdominal y nauseas desde el día previo tras la cena, con una exploración abdominal donde sólo se destaca dolor periumbilical y timpanismo. La paciente fue atendida por su MAP en varias ocasiones más por este motivo, y se le pautó Enterosilicona y Domperidona. El día 05-11-2012 se remite a Consultas de Digestivo.*

*El día 04-12-2012 es valorada en el Servicio de Ap. Digestivo por molestias abdominales localizadas en hemiabdomen superior desde el mes de Agosto y meteorismo, dificultad para eructar y expulsar gases, deposición diaria dura y de poca cuantía sin otra sintomatología acompañante. A la exploración abdominal presenta un abdomen blando, no doloroso a la palpación, no masas ni megalias, RHA presentes y timpanismo importante.*

*Rx abdomen con heces en colon derecho. Se establece el diagnóstico de Dispepsia tipo dismotilidad se pauta tratamiento Cidine, Spasmocetyl y Enterosilicona.*

*Acude a Consultas de Ap. Digestivo el día 26-03-2013 por continuar con igual sintomatología, se solicitan estudios analíticos y la paciente rechaza estudios invasivos (se le planteó Gastroscofia para descartar Enfermedad Celiaca y Colonoscopia por sus AF de Neo de colon). Vista por última vez el 24-04-2013 con los resultados analíticos solicitados en la consulta previa, la paciente refería continuar con similar sintomatología, y presencia de mucosidad con alguna deposición y pérdida de peso, se registra en la historia clínica volver a plantear Colonoscopia en la siguiente visita si no hay mejoría pero la paciente no regresa a la Consulta de Ap. Digestivo.*

*Con fecha 13-12-2012 es atendida en el Servicio de Urgencias del Gómez-Ulla por una Agresión Física, en la exploración abdominal que realiza el Médico de Urgencias no se hace mención alguna a la presencia de masas abdominales.*

*Su MAP la deriva al Centro de Especialidades de la AV. De Portugal por opción de 2ª opinión, el 27-02-2014 se realiza ECO abdominal completa al palpar el especialista una masa abdominal en hemiabdomen inferior con el diagnóstico de Tumoración Ovárica D., Cistoadenoma. Se realiza TAC abdominal el 06-03-2014, donde se identifica una masa quística de 14 cm. que parece depender del anejo derecho. La paciente es intervenida en el Hospital Clínico el día 16-04-2014 de Tumoración anexial izquierda sugerente de Endometriosis. Diagnóstico Histopatológico: Quiste Endometriósico.*

*La paciente acudió al Servicio de Digestivo por sintomatología localizada en hemiabdomen superior, en ninguna de las visitas, como consta en la historia clínica, hizo referencia a que ella se notara o palpara una masa abdominal, presentara clínica urológica o alteraciones en el ciclo menstrual.*

*El abdomen le fue explorado, entre agosto y Diciembre de 2012 por 3 médicos diferentes (MAP, Especialista de Ap. Digestivo y Médico de Urgencias) sin palpase en ningún momento la presencia de una masa abdominal, aunque fuera de origen Ginecológico.*

*Desde la última visita en nuestro Servicio (Abril de 2013) hasta que se detecta por ECO abdominal la presencia de un quiste ovárico (Febrero de 2014), han transcurrido 10 meses, tiempo suficiente para que ese quiste pasara de ser indetectable a la exploración abdominal a palpase.*

*La actuación del especialista de Aparato Digestivo ha sido acorde a la lex artis ad hoc”.*

Se han recabado antecedentes del Centro de Salud “Los Yébenes”, informando con fecha 28 de octubre de 2015 la médica de familia que realizó el seguimiento de las dolencias de la reclamante:

*“Que en agosto de 2012 acudió por primera vez a la consulta con síntomas gástricos (sensación de plenitud y epigastralgia) y tras explorar y valorar su clínica procedí a instaurar tratamiento médico.*

*Que en noviembre de ese mismo año. Al no mejorar del todo su clínica remití al especialista de aparato digestivo, con el que estuvo en tratamiento hasta enero de 2014 en que vuelve a mi consulta para solicitar una segunda opinión de especialista de aparato digestivo que procedo realizar.*

*En abril de 2014 se diagnostica un cuadro de endometriosis.*

*En ningún momento recuerdo ni consta en la historia clínica síntomas de posible patología ginecológica”.*

Por su parte, la enfermera del Centro de Salud “Los Yébenes”, en breve informe de 30 de octubre de 2015, expuso:

*“Dicho día la paciente acude a mi consulta por primera vez. Motivo de consulta: "Retirada de puntos de sutura". Tras leer informe médico del Alta hospitalaria, procedo a realizar la orden médica de "Retirada de puntos de sutura", actuando según Protocolo. Ante la imposibilidad, comento con la paciente la conveniencia de derivarla al H. Clínico San Carlos, que es donde la habían intervenido. Ella estuvo de acuerdo en todo momento. Curso PIC a Urgencias del H. Clínico”.*

También se ha recibido informe del Teniente-Coronel médico jefe de Urgencias del HCDGU, sobre la asistencia prestada a la reclamante como motivo de una agresión física el 13 de febrero de 2012 (pág. 124 del expte. admvo).

Se ha pedido informe a la Inspección Sanitaria que, con fecha 14 de agosto de 2015, después de resumir las actuaciones practicadas y establecer las consideraciones médicas y juicio crítico que estimó oportuno, concluyó:

*“7.1. [La paciente] presentó afectación endometriósica de ovario y anejos (trompa y ligamento ancho) izquierdos, tratada mediante extirpación de la zona afecta, ante la posibilidad de tumoración malignizada {diagnostico inicial de presunción: cistoadenoma}.*

*7.2. No es posible conocer el momento en que hubiera podido detectarse mediante palpación, dentro del año 2013, pues cuando fue atendida, en ese año, de sus síntomas abdominales, no figuran datos de exploración abdominal, abandonando luego, la paciente, dicha atención.*

*7.3. No es posible conocer si un diagnóstico más precoz hubiera permitido la conservación de trompa y ovario izquierdos, aunque es presumible que sí.*

*7.4. No es posible conocer la repercusión sobre su fertilidad por conservar ovario y trompa derechos, presentar factores que influyen sobre la fertilidad independientes de la cirugía y no haber intentado tener un embarazo hasta el momento de la presentación de la reclamación (no figuran datos posteriores de haberlo intentado).*

*7.5. No existen datos que permitan valorar la mínima secuela estética en la herida quirúrgica, no pudiéndose discernir si deriva de la evolución de la herida o de manipulación de la misma”.*

Con fecha 23 de noviembre de 2015, la reclamante aportó nueva documentación al procedimiento (págs. 189 y ss.), y anticipó la posibilidad de incorporar en el futuro más, puesto que seguía en tratamiento y no se descartaba la posibilidad de tenerla que volver a intervenir.

Se ha incorporado al procedimiento un informe emitido por una licenciada en Medicina y Cirugía especialista en valoración del daño corporal, que, a solicitud del SERMAS, indicó:

*“Coincidiendo con el criterio de la Inspección Médica: 1) La paciente presentó afectación endometriósica de ovario y anejos (trompa y ligamento ancho) izquierdos, tratada mediante extirpación de la zona afecta, ante la posibilidad de tumoración malignizada (diagnóstico inicial de presunción: cistoadenoma). 2) No es posible conocer el momento en que hubiera podido detectarse mediante palpación, dentro del año 2013, pues cuando fue atendida en ese año, de sus síntomas abdominales, no figuran datos de exploración abdominal, abandonando luego la paciente dicha atención. 3) No es posible conocer si un diagnóstico más precoz hubiera permitido la conservación de trompa y ovario izquierdos, aunque es presumible que sí. 4) No es posible conocer la repercusión sobre su fertilidad por conservar ovario y trompa derechos, presentar factores que influyen sobre la fertilidad independientes de la cirugía y no haber*

*intentado tener un embarazo hasta el momento de la presentación de la reclamación (no figuran datos posteriores de haberlo intentado). 5) No existen datos que permitan valorar la mínima secuela estética en la herida quirúrgica, no pudiéndose discernir si deriva de la evolución de la herida o de manipulación de la misma.*

*Conclusión: entendemos que si se hubieran realizado exploraciones físicas en varias de las asistencias, tanto a AP como a Digestivo, quizá se hubiera detectado antes el tumor, pudiendo evitar la progresión de su tamaño y, por ende, la extirpación final del ovario izquierdo. No se valora perjuicio estético”.*

En cuanto a la valoración del daño inferido a la reclamante, proponía el reconocimiento de una indemnización de 38.823,13 €. Dicha cantidad resultaba de la suma a los 35.293,75 € resultantes de la pérdida de un ovario (25 puntos), del 10% correspondiente al factor de corrección.

Concluida la instrucción, por sendos oficios de la instructora de 18 de mayo de 2016 se otorgó el trámite de audiencia, respectivamente, a la reclamante y al Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”.

Con fecha 2 de junio, el General de Brigada director del HCDGU cumplimentó el trámite de alegaciones remitiendo informe de la jefa de Servicio de Aparato Digestivo de 30 de mayo anterior. En éste se indicaba lo siguiente:

*«Cuando acude a las consultas de Ap. Digestivo del Hospital Central de la Defensa entre diciembre de 2012 y abril de 2013, manifiesta presentar “molestias en hemiabdomen superior desde agosto de 2012”, sin embargo, al especialista de Aparato Digestivo del Hospital Clínico San Carlos que la atiende el 26 de febrero de 2014 le refiere “Dolor en mesogastrio e hipogastrio desde agosto de 2012”, es decir,*

*hemiabdomen inferior. Existe por tanto, un cambio en la localización del dolor abdominal referido por la paciente.*

*La sintomatología clínica que refiere la paciente en nuestro servicio no era sugestiva de una posible endometriosis, cuyo síntoma principal y más frecuente es el dolor pélvico cíclico como se indica en el Informe de la Inspección Sanitaria.*

*Por último, entre el 4 de diciembre de 2012 y el 24 de abril de 2013, la paciente fue vista en consulta de Digestivo en 3 ocasiones, refiriendo en todo momento la misma sintomatología, y con una exploración abdominal de diciembre de 2012 que era anodina. No existiendo cambios en la clínica ni mención alguna por parte de la paciente que se notara una tumoración abdominal, no parece justificado, en un periodo de tiempo tan corto, la necesidad de una reexploración del abdomen».*

Por su parte, la reclamante, mediante escrito de 14 de junio, presentó las objeciones que consideró oportunas al informe de la Inspección Médica, llamando la atención en particular sobre las consecuencias del principio de facilidad probatoria, cuya aplicación al caso debía impedir que se exigiera a la paciente la prueba de cuáles habrían sido las consecuencias de un diagnóstico a tiempo de la enfermedad. En cuanto a las repercusiones de la pérdida de un ovario y de una trompa de Falopio, señalaba que, según la literatura médica, conllevaría un adelanto de la menopausia y por consiguiente reduciría los años de fertilidad de la reclamante. Con respecto a los perjuicios estéticos cuya indemnización pretendía, llamaba la atención sobre dos circunstancias: que, al hacerse más grande el tumor, la cicatriz operatoria tuvo que ser de mayores dimensiones que si se hubiera diagnosticado en el momento oportuno, y asimismo aportaba fotografías para poner de manifiesto las consecuencias de la mala praxis de la enfermera del C.S. “Los Yébenes” al ir a retirarle la sutura intradérmica.

Incidía igualmente en la solicitud de indemnización de los daños morales, puesto que el episodio en que se basaba la reclamación había repercutido negativamente sobre la salud mental de la paciente, y llamaba la atención sobre dos aspectos no tomados en consideración en el informe de valoración del daño corporal aportado a petición del SERMAS: los días de baja médica y los gastos médicos relacionados con las cremas que tuvo que adquirir para disminuir la cicatriz y regenerar tejido.

Formalizado el trámite de audiencia, el viceconsejero de Sanidad ha emitido propuesta de resolución de 2 de septiembre de 2016 en el sentido de estimar parcialmente la reclamación patrimonial indemnizando a la paciente en la cantidad de 38.939,31 euros, a abonar a partes iguales por el SERMAS y el HGDGU.

En su fundamentación, atribuye por partes la responsabilidad por los daños causados al Centro de Salud “Los Yébenes” y al HGDGU, al haber incurrido ambos *“en similar medida en esos primeros meses de 2013 en una falta de exploración y de realización de pruebas que habrían podido contribuir a un diagnóstico más temprano”*. Por esta razón se propone indemnizar por la pérdida del ovario y la trompa de Falopio izquierdos en el importe señalado por la perito experta en valoración del daño corporal, comprensivo del daño moral. Por el contrario, no se estima procedente indemnizar la pérdida de fertilidad ni la secuela estética, por las razones que más adelante serán objeto de comentario.

**CUARTO.-** El consejero de Sanidad, mediante oficio de 13 de septiembre de 2016 que ha tenido entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora el día 21 siguiente, formula consulta cuyo estudio corresponde por reparto de asuntos al letrado vocal D. Tomás Navalpotro Ballesteros, que firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por unanimidad en Pleno de 20 de octubre de 2016.

La solicitud del dictamen fue acompañada de la documentación que, numerada y foliada, se consideró suficiente.

A la vista de estos antecedentes, formulamos las siguientes,

### **CONSIDERACIONES DE DERECHO**

**PRIMERA.-** La Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid emite su dictamen preceptivo de acuerdo con el artículo 5.3.f).a de su Ley 7/2015, de 28 de noviembre, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros y a solicitud de un órgano legitimado para ello según el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, del Consejo de Gobierno (ROFCJA).

**SEGUNDA.-** La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada, según consta en los antecedentes, ha de ajustarse a lo dispuesto en los artículos 139 y siguientes de la 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP), y en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (RPRP). Así se deduce del hecho de haberse iniciado con anterioridad a la entrada en vigor de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC), en virtud de lo dispuesto en la disposición transitoria tercera de esta ley.

La reclamante ostenta legitimación activa para sostener la acción de responsabilidad patrimonial, al haber sido la persona directamente afectada por la asistencia sanitaria cuya pretendida deficiencia es objeto de denuncia.

En cuanto a la legitimación pasiva para soportar la reclamación, siguiendo la doctrina reiterada de esta Comisión Jurídica Asesora que ha hecho suya la manifestada con anterioridad por el Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid y por la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid (S. de 6/7/2010, R. 201/2006), a dicha Administración autonómica le resultan imputables las consecuencias del funcionamiento de los servicios públicos correspondientes a prestaciones propias del Sistema Nacional de Salud, sea cual sea la relación jurídica que le una con los establecimientos y el personal que los preste, sin perjuicio de la posibilidad de repetición que le pueda corresponder.

Entre los trámites seguidos, tal como ha quedado expuesto en los antecedentes de hecho de este dictamen y según exige el artículo 10.1 del RPRP, se ha recabado informes del Centro de Salud “Los Yébenes” y del Servicio de Aparato Digestivo del HCDGU, que son precisamente aquellos cuya actuación es puesta en tela de juicio por parte de la reclamante. Asimismo, se ha incorporado al expediente administrativo un informe de la Inspección Sanitaria sobre los hechos que motivan la reclamación y se ha dado cumplimiento al trámite de audiencia, previsto como instrumento del derecho de defensa en los artículos 84 de la LRJAP y 11 del RPRP. No se observan por consiguiente defectos procedimentales de carácter esencial, o que puedan acarrear indefensión, a lo largo del procedimiento.

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 142.5 LRJAP, el derecho a reclamar frente a la Administración Pública prescribe al año de producirse el hecho que motive la indemnización o de manifestarse su

efecto lesivo y, en particular, cuando se trate de daños de carácter físico o psíquico –como es el caso- el plazo no empezará a computarse sino desde la curación o bien cuando quede determinado el alcance de las secuelas.

En el caso examinado la reclamación, presentada el 24 de septiembre de 2014, se relaciona con un retraso de diagnóstico en el que, la correcta evaluación de la dolencia de la reclamante no se realizó sino a partir del 27 de febrero de dicho año, en el que se apreció el tumor de ovario que presentaba la interesada. De esta forma, cabe apreciar la temporaneidad de la reclamación con indiferencia de la fecha de determinación de las secuelas.

**TERCERA.-** El artículo 106.2 de la Constitución Española reconoce a los particulares, en los términos establecidos por la ley, el derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, siempre que ésta sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos y no concorra circunstancia de fuerza mayor que sirva para exonerar a la Administración.

La previsión constitucional se halla desarrollada actualmente en los artículos 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), completado con lo dispuesto en materia de procedimiento en la ya citada LPAC, si bien, como ya apuntamos anteriormente, en este caso el referente normativo viene constituido por los artículos 139 y siguientes de la LRJAP.

Tiene declarado el Tribunal Supremo, por todas en sentencia de su Sala de lo Contencioso-Administrativo de 6 de abril de 2016 (RC 2611/2014), que la viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración requiere, conforme a lo establecido en el artículo 139 de la LRJAP y una reiterada jurisprudencia que lo interpreta:

a) la efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizadamente 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 anormal de los servicios públicos en una relación directa, inmediata y exclusiva de causa-efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando el nexo causal;

c) ausencia de fuerza mayor, y

d) que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

Ha destacado esa misma Sala (por todas, en Sentencia de 16/3/2016, RC 3033/2014), que es el concepto de lesión el que ha permitido configurar la institución de la responsabilidad patrimonial con las notas características de directa y objetiva, dando plena armonía a una institución como garantía de los derechos de los ciudadanos a no verse perjudicados de manera particular en la prestación de los servicios públicos que benefician a la colectividad, y que ese concepto de lesión se ha delimitado con la idea de constituir un daño antijurídico. Pero que,

*“... lo relevante es que la antijuridicidad del daño es que no se imputa a la legalidad o no de la actividad administrativa -que es indiferente que sea lícita o no en cuanto que la genera también el funcionamiento anormal de los servicios- o a la misma actuación de quien lo produce, que remitiría el debate a la culpabilidad del agente que excluiría la naturaleza objetiva; sino a la ausencia de obligación de soportarlo por los ciudadanos que lo sufren. Con ello se configura la institución desde un punto de vista negativo, porque es el derecho del ciudadano el que marca el ámbito de la pretensión indemnizatoria, en cuanto que sólo si existe una obligación de*

*soportar el daño podrá excluirse el derecho de resarcimiento que la institución de la responsabilidad comporta... Interesa destacar que esa exigencia de la necesidad de soportar el daño puede venir justificada en relaciones de la más variada naturaleza, sobre la base de que exista un título, una relación o exigencia jurídica que le impone a un determinado lesionado el deber 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.

Así, señala el Tribunal Supremo, en doctrina reiterada en numerosas ocasiones (por todas, la STS de 19/5/2015, RC 4397/2010) que,

*“... no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva mas allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente, por lo que si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido ya que la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados”.*

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la *lex artis* y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el procedimiento datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, se viene señalando que, en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales pueda tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido, cabe entender conculcada la *lex artis* puesto que al no proporcionar a los interesados esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal (SSTS de 19/5 y de 27/4/2015, RRCC 4397/2010 y 2114/2013).

**CUARTA.-** Del breve resumen de los presupuestos de la responsabilidad patrimonial incluidos en la consideración jurídica precedente, se deduce que no cabe plantearse una posible responsabilidad de la Administración sin la existencia de un daño real y efectivo a quien solicita ser indemnizado. En dicho sentido recordaba la sentencia del Tribunal Supremo de 1 de febrero de 2012, RC 280/2009, que,

*“... la existencia de un daño real y efectivo, no traducible en meras especulaciones o expectativas, constituye el núcleo esencial de la responsabilidad patrimonial traducible en una indemnización económica individualizada, de tal manera que resulte lesionado el ámbito patrimonial del interesado que es quién a su vez ha de soportar la carga de la prueba de la realidad del daño efectivamente causado”.*

En el caso de la reclamante, el perjuicio reside en haber perdido un ovario y una trompa de Falopio a consecuencia de un retraso diagnóstico.

Centrada así la cuestión, conviene advertir que no basta con acreditar la emergencia de un daño para que se surja la responsabilidad patrimonial de la Administración, sino que, cuando de la asistencia sanitaria se trata, es necesario probar que aquél se halle vinculado a una actuación contraria a los principios de la *lex artis ad hoc*.

En el caso examinado, son los propios informes aportados al procedimiento a propuesta del instructor, los que permiten apreciar la mala praxis de la Administración sanitaria, al haber diagnosticado de manera reiterada como simples molestias aerofágicas lo que constituía un problema ginecológico, en concreto de carácter ovárico. Es cierto que, en un principio, y toda vez que la interesada no manifestaba síntomas de carácter ginecológico, la sintomatología de la paciente pudo inducir a un error disculpable de diagnóstico; sin embargo, ante la permanencia de las dolencias de la actual reclamante, puestas de manifiesto cada vez que iba a consulta y la dudosa eficacia del tratamiento que se le venía pautando, se le hubieran debido indicar pruebas que hubieran permitido conocer con mayor antelación su verdadera dolencia.

La *mala praxis* que se advierte en cuanto a la pérdida del ovario y la trompa de Falopio, no se extiende a la repercusión que pudieran tener las curas de Enfermería sobre la cicatriz remanente en la zona intervenida, puesto que, con respecto a ella, el análisis de la historia clínica no permite establecer que se haya producido la mala praxis de la unidad de Enfermería del Centro de Salud “Los Yébenes” que alega la reclamante. Antes bien, la consulta de la página 42 del expediente administrativo refleja que en el parte de curas no se anotó incidencia alguna ni que se procediera a la derivación de la paciente a Urgencias por parte de dicha unidad. Tampoco se hace referencia a complicación o

mala práctica al retirar los puntos en el informe de la atención subsiguiente en Urgencias. Todo ello sin perjuicio de que, tal como expone la reclamante, el retraso diagnóstico en la determinación del tumor ovárico haya podido influir en su mayor tamaño y, por consiguiente, dicha secuela estética tenga una dimensión superior que la que hubiera correspondido a un diagnóstico precoz de la enfermedad, cuestión que abordaremos en la consideración jurídica siguiente.

**QUINTA.-** Advertida la existencia de mala praxis en cuanto a la pérdida del ovario y la trompa de Falopio, ha de examinarse la extensión y cuantía de la indemnización que debe abonarse a la interesada. En este punto, partimos de la conveniencia de tomar como punto de partida la orientativa Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor en su redacción vigente en el momento de producirse el hecho causante de la responsabilidad patrimonial (Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido correspondiente, LRCSCVM, aplicable al caso a la vista de la disposición transitoria de 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). Dicha norma debe ser aplicada en relación con las resoluciones anuales de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones por las que se publican las cuantías de las indemnizaciones por muerte, lesiones permanentes e incapacidad temporal que resulten de aplicar durante el año correspondiente el sistema para valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

En este punto, la propuesta de resolución, que sigue las pautas establecidas en el informe de valoración del daño presentado por la aseguradora a propuesta de la instructora, debe indemnizarse la pérdida del ovario izquierdo, pero no la pérdida de fertilidad.

Esta Comisión Jurídica Asesora comparte el criterio de la propuesta de resolución en cuanto a la indemnización de la pérdida de ovario, perjuicio valorado en 38.823,13 €. La reclamante, en su escrito de alegaciones, considera que se debería cuantificar también la pérdida de la trompa de Falopio. Sin embargo, esta extirpación ha sido tenida en cuenta al valorar la pérdida del ovario con el máximo de puntos que permite el baremo aplicable.

Asimismo, en cuanto a la mayor dificultad para quedar embarazada que pueda derivarse de la pérdida del ovario y la trompa de Falopio, hay que entender que esa limitación es innata a la pérdida de dichos órganos, y que ya es tenida en cuenta por el legislador al determinar la indemnización que le resulta aplicable.

Por lo que se refiere a la secuela estética alegada por la reclamante, hemos descartado que la pretendida *mala praxis* de la enfermera que intentó la retirada de los puntos haya sido acreditada cumplidamente, pero también hemos advertido que, tal como aduce la parte reclamante, la fuerza de los hechos obliga a considerar que la cicatriz resultante de la intervención quirúrgica habría tenido una dimensión menor de haberse procedido al diagnóstico precoz de la dolencia, estadio en que el tamaño del tumor habría sido significativamente más reducido.

Su indemnización, por otra parte, es independiente y compatible con la que corresponda a la secuela fisiológica de la interesada, según se deduce del Capítulo Especial del ya citado texto refundido de la LRCSCVM.

Ahora bien, por parte de quien reclama no se ha aportado más prueba de su existencia, características y dimensiones que una simple fotografía unida al escrito de alegaciones del trámite de audiencia. Esa falta de acreditación no permite a esta Comisión Jurídica Asesora reconocer mayor indemnización por esa secuela estética que la correspondiente al perjuicio ligero, y además, dentro de éste, a la

valoración mínima reconocida legalmente, que es de 1 punto. Conforme a la tabla III del Anexo del texto refundido de la LRSCVM, en relación con la Resolución de 5 de marzo de 2014, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, por la que se publican las cuantías de las indemnizaciones por muerte, lesiones permanentes e incapacidad temporal que resultarán de aplicar durante 2014 el sistema para valoración de los daños y perjuicios causados a personas en accidentes de circulación, implica una indemnización de 1.552,93 €, cantidad en la que ya se ha tenido en cuenta el 10% del factor de corrección.

Finalmente, también consideramos indemnizable como baja no impeditiva los días en que la actual reclamante tuvo que soportar las molestias derivadas del retraso en el diagnóstico correcto de su enfermedad, indemnización tendente a compensar las molestias causadas a la reclamante al tener que padecer los dolores constantes que representaba la dolencia. Sobre ello, el informe de valoración del daño de constante referencia y la propuesta de resolución que le sigue, descartan una posible indemnización dado que la reclamante tardó varios meses en volver a consulta en los meses anteriores al diagnóstico correcto. Sin embargo, a juicio de este órgano consultivo dicha responsabilidad debe ser compartida, toda vez que debe considerarse razonable la pérdida de confianza de la paciente en unos servicios sanitarios que siempre le expresaban el mismo criterio y tratamiento, que evidentemente no servía para aliviar sus dolencias.

En concreto, teniendo en cuenta que el informe de la Inspección Sanitaria señala como fecha en que posiblemente ya fuera palpable el tumor el mes de abril de 2013, siendo en concreto la última consulta de aquel mes en Digestivo del HUDGU de 24 de abril, la compensación consistiría en indemnizar los días de baja no impeditiva hasta el 27 de febrero de 2014, fecha esta última en que se apreció en ecografía abdominal la posible existencia del tumor, poniéndose a partir de

entonces en funcionamiento la mecánica preoperatoria, que hay que entender también se hubiera puesto en marcha de haberse detectado la dolencia en fecha anterior.

Entre ambas fechas median 218 días, de forma que, siendo imputables a la sanidad pública por las razones ya expuestas sólo la mitad de esos días debido a que la paciente dejó de asistir a consulta, la indemnización por esa baja no impeditiva residiría en la mitad de 161 días de 2013 y de 57 días de 2014 ( $31,34 \times 80,5 + 31,43 \times 28,5 = 3.403$  €).

Sumada esta cantidad a los 38.823,13 € resultantes de la pérdida del ovario y de la trompa de Falopio reconocidos por la propuesta de resolución y a los 1.552,93 € del perjuicio estético, resulta una indemnización total de 43.779,06 €, importe que debe ser actualizado al momento de la resolución que ponga fin al procedimiento conforme a lo dispuesto en el art. 141.3 de la LRJAP.

En atención a lo expuesto, la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente,

## **CONCLUSIÓN**

Procede estimar parcialmente la reclamación de responsabilidad patrimonial objeto del presente dictamen, al haberse acreditado que la asistencia sanitaria prestada a la paciente ha sido contraria a las exigencias de la *lex artis ad hoc*, indemnizando a la interesada en la cantidad de 43.779,06 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 27 de octubre de 2016

La Vicepresidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 489/16

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid