

Dictamen nº: **494/19**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **21.11.19**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 21 de noviembre de 2019, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña. .... (en adelante “*la reclamante*” o “*la interesada*”) por la deficiente asistencia sanitaria recibida en el Hospital Universitario Ramón y Cajal y en el Hospital Universitario Gregorio Marañón, al considerar que no se diagnosticó la suboclusión intestinal que padeció por adherencias tras ser sometida a una histerectomía.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** El 26 de julio de 2017 se presentó en el registro de la Consejería de Sanidad la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por la interesada, bajo dirección de su abogado, en la que solicitaba una indemnización por las lesiones y daños sufridos por la actuación negligente del Servicio de Salud de la Comunidad de Madrid, daños que se concretan en una obstrucción intestinal completa, así como la intervención que hubo de realizarse

por no haber diagnosticado en el momento oportuno la existencia de bridas postquirúrgicas, con las secuelas consiguientes.

La reclamación relataba cronológicamente la asistencia recibida por la interesada desde que acudió el 14 de mayo de 2014 a Urgencias del Hospital Universitario Ramón y Cajal, por disuria y dolor suprapúbico. Tras las pruebas oportunas, fue sometida a una histerectomía el 11 de enero de 2015, al presentar útero polimiomatoso sintomático. El escrito refiere nuevos y sucesivos ingresos en urgencias, el 3 de octubre de 2015, con diagnóstico de cólico nefrítico y derivación al Servicio de Medicina Interna, el 3 de noviembre de 2015, con un cólico renoureteral, 28 de febrero de 2016 con dolor abdominal, 20 de julio de 2016 con igual diagnóstico y, especialmente, el 21 de julio del mismo año en que, tras concluir que la paciente presenta una “*obstrucción intestinal secundaria a adherencias*”, es intervenida de urgencia, recibiendo el alta el 30 de julio de 2016. Concluye pues la reclamación, que la operación por la que le extirparon el útero y los ovarios provocó bridas postquirúrgicas no diagnosticadas correctamente, que ocluyeron el intestino delgado al nivel del íleon, causando una obstrucción intestinal y el comienzo de un cuadro de “*cólico miserere*”, que puso en riesgo vital a la paciente, obligando a una intervención posterior que ha dejado como secuela una enorme cicatriz vertical en su abdomen.

Solicita, por todos los conceptos, una indemnización de 40.000 euros.

Acompaña a la solicitud historia clínica de la paciente e informe pericial de un médico especialista en Medicina Legal y Forense.

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

La paciente, de 53 años de edad, con antecedentes de cólicos nefríticos documentados desde 1985, diagnosticada en el año 2000 de un mioma uterino y en el año 2005 de dos miomas, acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Ramón y Cajal el 14 de mayo de 2015 por disuria y dolor suprapúbico. Una vez derivada al Servicio de Ginecología y tras la correspondiente exploración, se le detecta un mioma sintomático, pautando ibuprofeno y cita en Ginecología de su centro de especialidades, el CEP San Blas, donde el 2 de julio de 2014, y tras la realización de una ecografía, se observa un útero aumentado de tamaño y se pauta la realización de una histerectomía.

Tras la realización del preoperatorio oportuno y la firma, el 24 de noviembre de 2014, del correspondiente consentimiento informado para la intervención, ésta tiene lugar el 11 de enero de 2015, sin que consten incidencias en el informe quirúrgico y anestésico.

El 14 de abril de 2015 se realiza, en una clínica privada, ecografía ginecológica de control sin que aparezcan alteraciones destacables.

El 4 de julio de 2015, la paciente acude a Urgencias por presentar un cuadro clínico de crisis hipertensiva, con alta domiciliaria, pautando dieta baja en sal y control con médico de Atención Primaria.

El 3 de octubre de 2015 acude de nuevo a Urgencias con dolor abdominal intenso tipo cólico a nivel de flanco izquierdo y fosa ilíaca izquierda, asociado a náuseas y vómitos sin fiebre u otra alteración visible en la orina. El diagnóstico es de cólico nefrítico, recomendando cita prioritaria en Urología, la cual tiene lugar el 19 de octubre de 2015, apreciando *“abdomen blando, depresible, sin dolor ni signos de irritación peritoneal”*.

El 3 de noviembre de 2015 ingresa en Urgencias por referir dolor en ambas fosas renales de 10 horas de evolución, con alta el 4 de noviembre de 2015 y diagnóstico de cólico renoureteral.

El 14 de noviembre de 2015 se le realiza un TAC abdomino pélvico, donde se aprecia un lecho quirúrgico de histerectomía sin alteraciones y múltiples lesiones focales hepáticas muy sugestivas de depósitos secundarios, siendo remitida al Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo para valoración. La analítica muestra marcadores tumorales dentro de la normalidad.

El 28 de febrero de 2016, a petición del Servicio de Urgencias, donde ingresa por dolor abdominal hipogástrico tipo cólico, que se acompaña de náuseas sin vómitos, se le realiza un nuevo TAC abdomino pélvico que concluye en que la paciente está diagnosticada de una probable esteatosis hepática nodular multifocal, siendo el estudio radiológico superponible a los realizados en noviembre y diciembre de 2015. La paciente es valorada por el Servicio de Ginecología, con una exploración limitada debido a la gran cantidad de asas intestinales. Se recomienda TAC y avisar de nuevo a Ginecología si se sigue sospechando de patología clínica. La paciente sigue en estudio por Gastroenterología.

El 11 de abril de 2016 se le realiza en el Hospital Universitario Ramón y Cajal un estudio del intestino delgado con cápsula endoscópica, en el que no se refieren hallazgos relevantes. En el mismo hospital, y el 4 de mayo de 2016, se lleva a cabo una colonoscopia completa en la que se aprecia pólipo en colon descendente y melanosis colónica.

El 20 de julio de 2016 a las 19:45 horas, la paciente acude de nuevo a Urgencias con cuadro de horas de evolución de dolor abdominal tipo cólico, muy intenso que no irradia, focalizado en hipogastrio. Se acompaña de náuseas, con un vómito en el momento

de la exploración. El juicio clínico es de “dolor abdominal, episódico y crónico, sin hallazgos de patología urgente en el momento actual”. Ante la mejoría del dolor y la ausencia de patología urgente, se opta por el alta domiciliaria con nolutil y el resto de la medicación pautada previamente. Regresa a Urgencias a las 12:03 horas del día siguiente por empeoramiento, decidiéndose su ingreso para valoración por Medicina Interna dada la periodicidad de los episodios de dolor. Se realiza TAC abdominal que refleja *“signos de obstrucción de intestino delgado identificándose en pelvis al menos dos puntos de cambio de calibre a nivel de íleon distal que condiciona dilatación retrógrada de asas de hasta 3 cm...Dados los antecedentes de la paciente, se sugieren bridas posquirúrgicas como primera posibilidad”*.

Tras valoración conjunta de los servicios de Medicina Interna y Cirugía General y Digestiva, se decide intervención urgente que se lleva cabo, tras la firma de los consentimientos informados para laparotomía exploradora, transfusión de hemoderivados y anestesia, a las 02:15 horas del día 22 de julio de 2016. La intervención cursó sin incidencias y la paciente recibió el alta el 30 de julio de 2016.

**TERCERO.-** Recibida la reclamación por el Servicio Madrileño de Salud el 26 de julio de 2017, se acordó la instrucción del expediente, conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), rogando a la parte actora que aportara acreditación de la representación por parte de su abogado. Por escrito de 14 de septiembre de 2017, la reclamante justifica la representación otorgada.

Se incorporó al expediente la historia clínica y, en cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 79 y 81.1 de la LPAC, se aportó también el informe del Servicio de Ginecología y de los servicios de Medicina Interna y de Urgencias del hospital. El primero de ellos, sin

fecha, manifiesta que *“la paciente ha sido correctamente atendida por el Servicio de Ginecología, según lex artis, realizándole un diagnóstico y tratamiento quirúrgico correcto. En relación a la adherencia o brida postquirúrgica que pudiera haberle provocado la obstrucción intestinal, como es sabido se describe en la literatura que después de una cirugía pélvica de un 67-93% de las pacientes desarrollan adherencias de las cuales son sintomáticas un 5-18% de los casos, requiriendo manejo quirúrgico por obstrucción o dolor un 3-6% de los casos”*.

Para la Inspección Sanitaria, cuyo informe fue requerido en la instrucción del expediente, la asistencia prestada fue correcta y adecuada a la *lex artis* y a la *lex artis ad hoc*, puesto que la paciente *“El 3/10/2015 y el 3/11/2015 presenta sendos cuadros de dolor abdominal cólico que fueron diagnosticados de cólico nefrítico. Los datos a la vista, añadidos al antecedente de cólicos nefríticos de repetición, resultan compatibles con el diagnóstico”*.

Además, señala la Inspección Médica que *“A raíz de un TAC para confirmar la litiasis renal, se objetiva la presencia de lesiones ocupantes de espacio en el hígado cuyas características no permiten descartar que se tratara de metástasis de un tumor no identificado en la prueba”*. Aun así, destaca la Inspección Médica que *“las numerosas pruebas de imagen realizadas incluyendo la exploración intraluminal del intestino mediante cápsula endoscópica, no detectaron alteraciones ni estrechamientos de la luz intestinal. La actuaciones eran obligadas por la gravedad de la posible enfermedad subyacente”*.

Concluida la instrucción del procedimiento, se confirió trámite de audiencia a la reclamante, que presentó escrito de fecha 5 de septiembre de 2018, ratificando las manifestaciones contenidas en su escrito de reclamación y mostrando su oposición al contenido del informe de la Inspección Médica.

El 17 de junio de 2019 el viceconsejero de Sanidad formuló propuesta de resolución, que desestimó la reclamación al considerar que la asistencia sanitaria había sido correcta y adecuada a la *lex artis* al haberse seguido las directrices de las guías diagnósticas y protocolos estandarizados en cuanto a la indicación de las técnicas diagnósticas pertinentes.

**CUARTO.-** Por escrito dirigido por delegación por el viceconsejero de Sanidad, de 26 de agosto de 2019, -con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid el día 27 de agosto-, se formuló preceptiva consulta a dicho órgano.

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 407/19, al letrado vocal D. Francisco Javier Izquierdo Fabre, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 21 de noviembre de 2019.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo está acompañado de documentación -en soporte CD-, adecuadamente numerada y foliada, que se considera suficiente.

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 por solicitud delegada del consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

**SEGUNDA.-** La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada según consta en los antecedentes, está regulada en la LPAC, según establece su artículo 1.1.

La interesada está legitimada activamente al amparo del artículo 4 de la LPAC, por cuanto es la persona a la que se le ha prestado la asistencia sanitaria que considera negligente. Actúa por medio de abogado, acreditándose la representación en el curso del procedimiento.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid por ser la titular del servicio a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

El plazo para el ejercicio del derecho a reclamar es de un año, contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo (*ex* artículo 67 LPAC). En el presente caso, la reclamación ha sido interpuesta en plazo legal, pues se presentó el 26 de julio de 2017 ya que, si bien la histerectomía se llevó a cabo el 11 de enero de 2015, el alta definitiva de la paciente tras la intervención para resolver la obstrucción intestinal padecida no tuvo lugar hasta el 30 de julio de 2016.

No se observa ningún defecto en el procedimiento tramitado. Se ha recabado el informe del servicio al que se imputa el daño, de acuerdo con los artículos 79 y 81 de la LPAC, y consta que el

instructor del procedimiento solicitó también un informe a la Inspección Sanitaria.

Tras la incorporación de los anteriores informes, se dio audiencia a la reclamante, de conformidad con el artículo 82 de la LPAC, que presentó escrito de alegaciones.

Y finalmente, se dictó la propuesta de resolución según lo exigido en el artículo 91 de la LPAC.

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

**TERCERA.-** La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el art. 106.2 de la Constitución Española, que garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley, previsión desarrollada por la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público en su Título Preliminar, Capítulo IV, artículos 32 y siguientes, y que, en términos generales, coincide con la contenida en los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, requiere la concurrencia de varios requisitos:

a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal.

c) Que exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, sin que ésta sea producida por fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005) y otras sentencias allí recogidas, *“no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”*.

Ha destacado esa misma Sala (por todas, en sentencia de 16 de marzo de 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:

*“(...) lo relevante es que la antijuridicidad del daño 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, el Tribunal Supremo, en doctrina reiterada en numerosas ocasiones (por todas, la STS de 19 de mayo de 2015, RC 4397/2010) ha señalado que "*(...) 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 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".*

**CUARTA.-** En la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público. El criterio de la actuación conforme a la denominada *lex artis* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios, pues la responsabilidad no nace sólo por la lesión o el daño, en el sentido de daño antijurídico, sino que sólo surge si, además, hay infracción de ese criterio o parámetro básico. Obviamente, la obligación del profesional sanitario es prestar la debida asistencia, sin que resulte razonable garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

Según la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (Sección 5ª) de 15 de marzo de 2018 (recurso de casación 1016/2016), la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, como reiteradamente ha señalado dicho Tribunal (por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012 (recurso de casación núm. 4229/2011) y 4 de julio de 2013, (recurso de casación núm. 2187/2010 ) que *«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 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 proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, como señalan las Sentencias de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación 4397/2010) y de 27 de abril de 2015, (recurso de casación núm. 2114/2013), en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales *“puede 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*, pues al no proporcionarle a los recurrentes esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal. 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: *“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”.*

Tampoco puede cuestionarse la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o retraso diagnóstico o la inadecuación del tratamiento, mediante una regresión a partir de la evolución posterior de la enfermedad de los pacientes.

Así lo ha manifestado el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en Sentencia de 28 de marzo de 2016 (recurso 45/2014) 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”.*

Para centrar la cuestión relativa a la supuesta infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales que atendieron al paciente, debemos partir de lo que constituye regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido se ha pronunciado la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 20 de septiembre de 2016 (recurso 60/2014), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

La interesada aporta como prueba que acredita la existencia de mala praxis en el concreto seguimiento médico posterior a la intervención de histerectomía, un dictamen pericial emitido por un médico especialista en Medicina Legal y Forense. En todo caso, el perito no es especialista en Ginecología y Obstetricia y, en este sentido, el Tribunal Supremo en su sentencia de 15 de enero de 2013 (rec.779/2012) ha declarado lo siguiente:

*“La prueba pericial, como una más en el proceso, está dedicada a complementar los conocimientos del juez o tribunal, en el momento de adoptar una decisión cuyos fundamentos o contenidos técnicos, hagan necesaria la ayuda de un experto en cada una de las materias científicas que pueden presentarse (...). Este Tribunal concede siempre mayor relevancia cualitativa al informe emitido por especialista en la materia, que no al que es firmado por quien no tiene la cualificación profesional requerida, o el informe es emitido a instancia de parte”.*

Por su parte, la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 27 de abril de 2017 (rec. núm. 395/2014) ha declarado que en los casos de periciales contradictorias *“es procedente un análisis crítico de los mismos, dándose preponderancia a aquellos informes valorativos de la praxis médica que, describiendo correctamente los hechos, los datos y fuentes de la información, están revestidos de mayor imparcialidad, objetividad e independencia y cuyas afirmaciones o conclusiones vengan dotadas de una mayor explicación racional y coherencia interna, asumiendo parámetros de calidad asentados por la comunidad científica, con referencia a protocolos que sean de aplicación al caso y estadísticas médicas relacionadas con el mismo. También se acostumbra a dar preferencia a aquellos dictámenes emitidos por facultativos especialistas en la materia, o bien con mayor experiencia práctica en la misma. Y en determinados asuntos, a aquéllos*

*elaborados por funcionarios públicos u organismos oficiales en el ejercicio de su cargo y a los emitidos por sociedades científicas que gozan de prestigio en la materia sobre la que versa el dictamen”.*

El citado dictamen muestra un punto importante de coincidencia con los informes emitidos tanto por el Servicio de Ginecología del hospital como por la Inspección Médica. En efecto, todos ellos coinciden en señalar que las adherencias o bridas peritoneales son una complicación general en la cirugía abdominal, de modo como recalca la Inspección *“aparecen en el 93-100% de los pacientes sometidos a apertura de la cavidad abdominal”*. A partir de esta afirmación, el dictamen pericial de parte señala que *“fue la falta de un diagnóstico correcto, que aparece evidente en todo el proceso hasta el mismo final, lo que motivó una serie de intervenciones innecesarias, molestas, cruentas, con la pérdida de jornadas de trabajo correspondiente, de diagnósticos no probados, de generación angustias y ansiedades innecesarias y poner, finalmente, en riesgo vital a la paciente”*.

Sin embargo, tanto el informe del citado servicio como el informe de la Inspección coinciden también en señalar que la asistencia prestada a la reclamante fue correcta pues, en ningún momento previo al 21 de julio de 2016, a pesar de las numerosas pruebas radiológicas realizadas a la paciente ante las sospechas de una presencia tumoral, incluso una exploración intraluminal del intestino mediante cápsula endoscópica, se evidenció la existencia de una obstrucción intestinal. Así, como se afirma en el citado informe del Servicio de Ginecología *“hay que destacar que el estudio del intestino delgado realizado por el Servicio de Gastroenterología el 11 de abril de 2016 concluye la no presencia de hallazgos relevantes”* y, como afirma la Inspección Médica, *“el 20 de julio de 2016 la paciente acude nuevamente al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Ramón y Cajal por dolor cólico intenso, fijo en hipogastrio, asociado a náuseas de 4 horas de*

*evolución, sin otros síntomas asociados. Salvo el dolor, la exploración no muestra datos relevantes, el abdomen no está distendido sino blando y depresible y no presenta signos de irritación peritoneal. La ecografía abdominal tampoco objetiva alteraciones...Unas horas después, a las 12.30 horas del 21 de julio de 2016 vuelve por empeoramiento del dolor hipogástrico. La exploración ha cambiado, no se detectan ruidos hidroaéreos abdominales. Se decide ingreso en Medicina Interna para estudio.... Durante la exploración, la paciente presenta un vómito fecaloideo. Esto determina la realización de un TAC urgente en el que aparecen dos puntos de estrechamiento en íleon y dilatación del asa de 3 cm...Nótese que previamente se habían realizado otros en los que no se evidenciaban alteraciones en las asas intestinales”.*

En este sentido, el médico inspector concluye que la asistencia dispensada *“fue ajustada a la lex artis ad hoc”*.

Conclusión a la que debemos atenernos dado que el informe de la Inspección Sanitaria obedece a criterios de imparcialidad, objetividad y profesionalidad, como ha puesto de manifiesto el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en multitud de sentencias, entre ellas la dictada el 22 de junio de 2017 (recurso 1405/2012):

*“...sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis, puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del médico inspector, y de la coherencia y motivación de su informe”.*

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

## **CONCLUSIÓN**

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado mala praxis en la asistencia sanitaria prestada a la reclamante.

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 21 de noviembre de 2019

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 494/19

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid