

Dictamen n.º: **535/25**  
Consulta: **Consejera de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **22.10.25**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 22 de octubre de 2025, 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 el abogado de D. ...., por los daños y perjuicios sufridos que atribuye a una intervención de sigmoidectomía por diverticulosis colónica realizada en el Hospital Universitario de Móstoles.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** El expediente de responsabilidad patrimonial trae causa del escrito de reclamación formulado por la persona citada en el encabezamiento de este dictamen, asistida por un abogado, registrado de entrada en el Servicio Madrileño de Salud el día 20 de octubre de 2022.

El escrito de reclamación expone la evolución médica del reclamante desde que, con fecha 5 de octubre de 2020, acudió, derivado por su médico de Atención Primaria, al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Móstoles por presentar dolor abdominal, localizado en la fosa iliaca izquierda, y fiebre, hasta que el 11 de noviembre de 2021, ingresó en el Servicio de Cirugía General del citado centro hospitalario,

para cirugía programada de resección de sigma laparoscópica por diverticulitis de repetición. El escrito señala que la intervención se realizó el 12 de noviembre de 2021, presentando en el postoperatorio íleo prolongado, hematoma de pared en flanco derecho y, posteriormente y empeoramiento del estado general, con disminución de la diuresis y dolor abdominal.

Según el reclamante, y tras la realización de una TAC el 20 de noviembre de 2021, ante la sospecha de un urinoma, se contactó con el Servicio de Urología y se decidió la realización de una intervención quirúrgica urgente, que se practicó el 24 de noviembre de 2021, hallándose un *“urinoma de gran tamaño. Lesión uréter izdo. Dilatación intestino delgado. Múltiples adherencias. Buen estado de anastomosis previa, buena estanqueidad”*, de modo que, se reimplantó el uréter izquierdo y se colocó catéter doble J. El escrito indica que *“... tras dicha cirugía, el paciente presentó una evolución adecuada, con diuresis y tolerancia adecuadas, siendo dado de alta apirético, sin dolor abdominal, diuresis normocolúrica, sin sonda vesical y tránsito normal, el 5 de diciembre de 2021, con los siguientes diagnósticos:*

*- Diverticulosis. Diverticulitis de repetición.*

*- Lesión ureteral izquierda. Hematoma de pared. Urinoma. Íleo paralítico”.*

La reclamación expone la evolución posterior del paciente y considera que cabe indicar los siguientes actos médicos reprochables:

- No se informó adecuadamente de los riesgos de la intervención, ya que, en el documento de consentimiento informado no se advierte del riesgo que se materializó en el presente caso: la lesión ureteral o sección ureteral.

- Además, se produjo una complicación en la cirugía que constituye un daño desproporcionado, pues al no aparecer dicha complicación, lesión ureteral, ni en el apartado de riesgos poco graves y frecuentes ni en el de riesgos poco frecuentes y graves, *“ha de entenderse que estamos ante un daño que se ha producido por una mala praxis, toda vez que no está descrito para el tipo de intervención que se realizó”*, de modo que el paciente hubo de someterse a una nueva intervención quirúrgica, con la reimplantación del uréter que había sido seccionado.

El escrito refiere que, tras la última cirugía, el reclamante presenta poliuria, así como un trastorno por estrés postraumático, en seguimiento por Psicología desde marzo de 2022. Según se indica, presenta también sensación de quemazón, hormigueo y dolor en puntas de los dedos de las manos y de los pies, que se exacerban con el reposo o con el decúbito, asociado a una polineuropatía de fibra fina de naturaleza presumiblemente tóxica y de desarrollo durante el ingreso hospitalario en el que se realizaron las dos cirugías.

Por último, se alude también a un perjuicio estético, consistente en una cicatriz importante en su abdomen, tras la cirugía que se practicó el 24 de noviembre de 2021.

Por todo lo expuesto, se reclama una indemnización de 123.606,23 €, con base en el siguiente cálculo:

En concepto de perjuicio personal básico y por pérdida de calidad de vida, 342 días, de los cuales:

- 31 días de hospitalización (grave): 79,02 euros por día.
- 311 días impeditivos para la actividad laboral (moderado): 54,78 euros por día.

La indemnización ascendería a 19.486,20 euros.

Por la segunda intervención quirúrgica, que hubo de realizarse por la sección del uréter que se produjo en la primera cirugía: 1.600 euros.

Por los perjuicios anatómico-funcionales, 36.306,78 euros, que se corresponden a las siguientes secuelas:

- Incontinencia urinaria de esfuerzo, que se valora con 15 puntos.
- Trastorno neurótico leve: manifestaciones menores de forma esporádica, que se valora con 2 puntos.
- Síndrome extra-piramidal, que se valora en 10 puntos.

El perjuicio estético se valora en 21 puntos, lo que equivale a una indemnización de 26.213,25 euros.

Asimismo, en concepto de daño moral consistente en la falta de información sobre los riesgos de la intervención quirúrgica, se solicitan 40.000 euros.

El escrito de reclamación se acompaña con diversa documentación médica relativa al interesado (folios 1 a 101 del expediente).

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

El reclamante, de 53 años de edad en el momento de los hechos, presentaba como antecedentes: posibilidad de alergias a betalactámicos y ceftriaxona; hipertensión arterial en tratamiento con enalapril; IMC 32 sobrepeso, esteatosis hepática A.

Quirúrgicos: vasectomía. Historia de varios episodios de diverticulitis aguda: diverticulitis aguda con en diciembre 2019 en Cataluña, con colonoscopia posterior; episodio de diverticulitis aguda sigma-colon

octubre 2020 que precisó ingreso y reacción alérgica a ceftriaxona; episodio de diverticulitis aguda el 20 marzo 2021.

Acude a consultas de Cirugía General y Digestivo del Hospital Universitario de Móstoles el 30 de marzo de 2021. Aporta colonoscopia de 27 de enero de 2020: diverticulosis colónica.

Comentario: hasta ciego, calibre, mucosa y motilidad normales en todo el tramo explorado; divertículos de pequeño tamaño en sigma, donde condiciona cierta espasticidad, sin signos inflamatorios en el momento actual. A la retirada hemorroides internas. En tratamiento aun con cipro-metrotras alta del último ingreso. Lleva 9 días. Pero refiere encontrarse ese día dolorido. Deposiciones semiblandas.

Exploración física: abdomen blando, con defensa voluntaria, dolor a la palpación en fosa iliaca izquierda. JC: episodio de diverticulitis aguda no resuelto. Plan: analítica urgente y se remite a Urgencias.

Con fecha 4 de junio de 2021, se realiza TAC abdominal de control: *“Mejoría significativa. Solo persiste mínimo engrosamiento parietal del asa de colon descendente – sigma con un mínimo desflecamiento de la grasa adyacente en relación con diverticulitis con muy buena evolución radiológica. Resto del estudio sin cambios respecto a previas”*.

El día 11 de noviembre de 2021, ingresa de manera programada en para resección de sigma: sigmoidectomía laparoscópica por diverticulitis de repetición.

Se realiza intervención el día 12 de noviembre de 2021. Protocolo quirúrgico: *“Posición francesa. 4 trócares. No se objetiva inflamación del colon en este momento. No líquido libre. Identificación de ambos uréteres, respetándolos. Liberación de parietocólico izquierdo. Ligadura de vasos sigmoideos. Sección de colon distal a nivel de recto superior con endoGIA*

*60 morada. Incisión Pfannenstiel para extracción de pieza. Sigmoidectomía. Anastomosis termino-terminal colo-rectal con EEA 31. Rodetes íntegros. Se comprueba estanquidad con aire. Ausencia de tensión, buena vascularización y buen paso. Lavado, hemostasia. Cierre de orificio de trocar umbilical con puntos de anzuelo. Cierre Pfannenstiel peritoneo con Vicryl 0 y aponeurosis Vicryl 1. Piel rapas. Contaje correcto”.*

El paciente inicia posoperatorio sin incidencias; en las primeras horas tras la cirugía, se retira sonda vesical y realiza micción espontánea. En el 1º día de posoperatorio, se inicia tolerancia con dieta líquida y analgesia para control del dolor. En el 2º día de posoperatorio, realiza deposición.

Con fecha 15 de noviembre de 2021, a las 18.02 horas, refiere dolor intenso a primera hora del turno. Náuseoso, se avisa a cirujano de guardia por náuseas que no ceden con antieméticos y dolor abdominal de regular control. El paciente refiere náuseas, sin vómitos y dolor de predominio en flanco derecho-hipogastrio. Está tolerando una dieta de transición. El día anterior, deposición líquida con restos hemáticos.

Exploración física: afebril. Hemodinámicamente estable. En flanco - región lumbar- presenta edema, eritema y calor, en proximidad a herida de trocar de fosa iliaca derecha en el cual no presenta signos claros de sobreinfección. Abdomen levemente distendido, pero no claramente timpánico salvo epigastrio. A la palpación, molestias en hipogastrio y flanco derecho. Heridas con buen aspecto. JC Celulitis en región lumbar derecha. Plan: Dieta absoluta-sueroterapia.

Se pauta ciprofloxacino+metronidazol (alergia a betalactámicos).

Se realiza TAC programada el 17 de noviembre de 2021:

*“Colección postquirúrgica flanco izquierdo. Cambios inflamatorios en musculatura de pared abdominal lateral derecha y recto anterior*

*derecho (...). En fascia pararrenal posterior izquierda colección hipodensa que se continúa, ensanchando toda la fascia lateroconal ipsilateral de morfología fusiforme y diámetros de 16 cm x 4 cm. Dicha colección se extiende cráneo caudal adyacente asas de colon descendente, sin aparente afectación de la mismo, hacia hemipelvis izquierda en contacto con psoas lumbar ipsilateral y estriación de la grasa adyacente en relación con cambios inflamatorios. Cadeneta quirúrgica rectosigma con estriación de la grasa local regional y mínimas adenopatías. Resto de las asas, de morfología normal. Vejiga de paredes lisas.*

*En pared abdominal lateral derecha afectación inflamatoria del tejido celular subcutáneo con estriación de la grasa que llega hasta la musculatura adyacente afectando oblicuo interno y externo con, también mala definición de los mismos en relación con cambios flemonosos. En hemipelvis derecha denudación anterior derecho con estriación de la grasa y tejido celular subcutáneo con pequeñas motas de gas y adenopatías local regionales, adyacente a las grapas quirúrgicas, todo ello debe relacionarse con cambios postquirúrgicos. Próstata aparentemente homogénea. Mínima ateromatosis aórtica. Discretos cambios de espondiloartrosis”.*

Con fecha 19 de noviembre de 2021, sufre empeoramiento con febrícula, vómito bilioso, analítica con datos de infección y empeoramiento de radiografía simple de abdomen. Se solicita interconsulta con Radiología Intervencionista para drenaje de colección intraabdominal.

Se realiza TAC urgente el 20 de noviembre de 2021:

*“Empeoramiento radiológico respecto a TC previo del 17/11/2021 con aumento del tamaño de la colección intraabdominal situada en la fascia lateroconal izquierda en probable relación con hematoma y otra*

*anterior al uréter izquierdo que podría tratarse de un urinoma. Aumento del líquido libre intraabdominal. Hallazgos compatibles con obstrucción de intestino delgado. No se visualiza extravasación de contraste que sugiera dehiscencia de suturas en el estudio actual. Resto ver comentario”.*

El resultado de la prueba de imagen es valorado por el facultativo el mismo día 20 de noviembre de 2021. Dada la discreta mejoría clínica del paciente, y la ausencia de evidencia de dehiscencia anastomótica o fuga intestinal, a pesar de la mención de la obstrucción intestinal. Se decide observación estrecha, pendiente de gestionar el drenaje intervencionista de la colección. Se solicita uroTC programado.

Se realiza TAC urgente el 24 de noviembre de 2021. Sospecha diagnóstica: dehiscencia anastomosis.

Conclusión: empeoramiento radiológico con respecto a TC previo del 20 de noviembre de 21. Hallazgos compatibles con lesión del tercio distal del uréter izquierdo. Se visualizan dos urinomas, uno retroperitoneal izquierdo y otro intraperitoneal en pelvis/fosa ilíaca derecha, que han aumentado de tamaño con respecto a estudio previo. Dilatación de asas de intestino delgado con cambio de calibre en el mesogastrio y colapso de las asas de íleon distal hasta la válvula ileocecal. Hallazgos sugestivos de obstrucción intestinal, sin visualizar la causa en este estudio. Aumento del líquido libre intrabdominal.

Cirugía General: *“intervención urgente. En pruebas de preqx se observa urinoma extenso en flanco izquierdo, con uréter izquierdo seccionado a nivel de cruce con iliaca común. Tras laparotomía media supra e infra umbilical, se observa adherencia firme en íleon terminal a nivel de pelvis izquierda asociado a urinoma con abundante fibrina. Posteriormente tiempo de cirugía para reimplante ureteral”.*

Se realiza cirugía reimplante de uréter: protocolo quirúrgico de rotura de uréter izquierdo y vejiga psoica con reimplante ureteral izquierdo:

*“Apertura realizada por equipo de Cirugía General y Digestivo. Identificación de uréter izquierdo que se encuentra medializado y embebido debido a la sufusión de tejidos secundarios a urinoma. Se libera uréter hasta 1 cm distal al cruce con los vasos iliacos. Se libera cranealmente hasta movilizar polo inferior de riñón izquierdo. Se procede a llenado vesical para liberación de la misma. Se moviliza completamente la cúpula como paredes laterales para conseguir realizar una fijación a psoas, mediante dos puntos de Vycril 1. Apertura de cúpula vesical y prolongación de apertura longitudinal de vejiga. Se refresca (resea) extremo distal de uréter que se envía a AP. Espatulación del mismo en borde antimesentérico. Se procede a tunelación en la vejiga y la anastomosis del mismo con Vycril 2/0 (puntos sueltos). Se tutoriza uréter mediante catéter doble jota 6x26cm sobre guía. Cierre vesical en dos planos de puntos sueltos con Vycril 2/0. Se recambia sonda vesical a SV recta 22 Ch y se comprueba su estanqueidad...”.*

Durante el posoperatorio, el paciente mantiene buena diuresis, se progresa dieta hasta quitar nutrición parenteral. El paciente es dado de alta el día 5 de diciembre de 2021, con catéter doble J, y Urología explica recomendaciones al paciente y a su esposa.

Con fecha 7 de diciembre de 2021, acude a consulta de Cirugía General y Digestivo, por cansancio y malestar general. Se realiza analítica, donde se evidencia desviación izquierda y trombocitosis, por lo que se remite a Urgencias para estudio.

En Urgencias, se realiza TC abdominal urgente. Se compara con el estudio previo del 24 de noviembre de 2021. *“Importante mejoría*

*radiológica con respecto a estudio previo en cuanto a las colecciones intraabdominales, con persistencia de algunas de menor tamaño, según se describe. Sin evidencia de complicación ureteral, con presencia catéter doble J en adecuada posición. Cambios postquirúrgicos tras sigmoidectomía, sin signos de complicación”.*

Con fecha 12 de diciembre de 2021, es valorado por Urología: clínica miccional en probable relación al catéter DJ y retirada reciente de sonda vesical. Plan: no se solicita urocultivo por estar en tratamiento con antibiótico en ese momento. Ingesta hídrica abundante 2-3 libros diarios. Acudir a consultas de Urología como tenía previsto.

El día 14 de diciembre de 2021, es dado de alta, programándose TC abdominal de control de manera ambulatoria.

Con fecha 13 de enero de 2022, acude a consulta de Urología para retirada de doble J. Se solicita analítica sangre, urocultivo y ecografía en tres meses.

El día 17 de enero de 2022, acude revisión de Cirugía General y Digestivo. Se encuentra bien, molestias abdominales ocasionales e hinchazón abdominal, pero expulsa bien los gases. Refiere hormigueos en manos y pies “(*¿carencia nutricional?*)” no le pusieron catéter torácico.

Exploración física: abdomen blando, globuloso, con molestias a la palpación difusa (defensa voluntaria), cicatriz de laparoscopia bien. Visto por Urología analítica y eco para abril.

Con fecha 11 de marzo de 2021, acude a su médico de Atención Primaria: sospecha de piernas inquietas, se inicia Rivotril. Persiste inflamación y dolor en flanco derecho. Calambres, le derivan a Medicina Interna. En TAC privada, persisten colecciones en región abdominal.

El 17 de marzo de 2022, acude a consulta de Psicología:

Exploración psicopatológica: *“consciente y orientado en las tres esferas. Abordable y colaborador. Ansiedad. Discurso coherente, fluido y espontáneo. Sin alteraciones del contenido ni de la forma del pensamiento. Pesadillas. Flashbacks. Sin ideación autolítica. Juicio realidad conservado. Juicio clínico: F43.1 Trastorno por estrés postraumático (309.81). Plan terapéutico: seguimiento del caso y abordar la sintomatología referida en consulta de Psicología”.*

Con fecha 1 de abril de 2022, acude a consulta de Medicina Interna. Durante el ingreso en Cirugía, inicia dolor en las manos, incluso deformidad en los dedos y hormigueos en la planta de los pies. Cree que puede tener que ver con la vacuna COVID, Moderna, mayo, junio 21 y 2º enero. Los hormigueos comenzaron en el ingreso, pero con la 3º dosis cree que empeoró. Su médico de Atención Primaria le pauta clonazepam con mejoría. Refiere debilidad general en relación con ingreso prolongado previo que va recuperando. Sin dolor en la espalda ni en el cuello. Sin dificultad para caminar. En la exploración física no hay focalidad, reflejos simétricos.

Juicio diagnóstico: dolor en manos y hormigueos en pies, descartar neuropatía. Tratamiento: sin cambios. Se solicita electromiograma.

El 5 de mayo de 2022, acude a revisión de Urología. Refiere imperiosidad y urgencia desde la intervención. Sin incontinencia ni escapes. Frecuencia miccional diurna 6-7 veces. Nicturia 1 a 2 veces.

Ecografía de aparato urinario: Hallazgos. Ambos riñones son de tamaño, localización y ecoestructura normal, con adecuado grosor de parénquima. Quiste cortical simple 23 mm en el polo superior de riñón derecho. Calcificación con sombra acústica de 6 mm en el polo inferior del riñón izquierdo en relación con litiasis, no obstructiva. Vejiga sin alteraciones en pared ni contenido. Próstata con volumen aproximado de 35 cc. Plan: flujometría con residuo postmiccional.

Con fecha 24 de mayo de 2022, acude a consulta de Medicina Interna. En el electromiograma, el estudio neurofisiológico no muestra signos de neuropatía en los nervios explorados de ambos miembros inferiores y superiores en ese momento. Juicio clínico: parestesias en planta de los pies, descartándose neuropatía mediante EMG. Plan: amitriptilina 10 mg 1 comprimido/día, por la noche. Seguimiento por el médico de Atención Primaria.

El 6 de junio de 2022, acude a revisión de Cirugía General y Digestivo. Terminado el tratamiento con rifaximina. Refiere correcta tolerancia oral. Sin dolor abdominal, meteorismo con la ingesta de verduras y legumbres. Cicatrices en buen estado. Molestias en la zona de inserción del drenaje. Se solicita colonoscopia de control.

Con fecha 31 de octubre de 2022, acude de nuevo a revisión de Cirugía General y Digestivo. Refiere buen estado general, correcto tránsito. Sin complicaciones a nivel de herida quirúrgica. Refiere algún episodio de dolor diverticular sin complicaciones. Colonoscopia completa. Diagnóstico: colon intervenido. Anastomosis con buen aspecto. Diverticulosis izquierda. Hemorroides internas. Plan: en seguimiento por Urología. No precisa más seguimiento por Cirugía General.

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

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica del reclamante del Hospital Universitario de Móstoles (folios 273 a 495 del expediente).

Se ha emitido informe de 14 de noviembre de 2022 del jefe del Servicio de Cirugía General y Digestivo del citado centro hospitalario, en el que rebate las alegaciones del reclamante, refiriendo, por un lado, que *«en ningún documento de “consentimiento informado”, todos ellos*

*consensuados por la Asociación Española de Cirugía, aparecen explicitadas absolutamente todas las complicaciones que pueden producirse al realizar un procedimiento quirúrgico. Se citan únicamente algunas y el resto se incluye en el apartado “entre otras”.*

*Añade que “no hubo mala praxis. Desgraciadamente, la lesión ureteral en el curso de una resección de sigma afectado por varios episodios inflamatorios por diverticulitis, sucede en un porcentaje del 0,3 % al 5,7 %. Y su tratamiento es la reparación, tal y como se llevó a cabo en este caso, en tiempo y forma, sin que se produjeran otras complicaciones ulteriores sobre la vía urinaria”.*

Figura también en el procedimiento el informe de la Inspección Sanitaria que, tras examinar la historia clínica de la reclamante, los informes emitidos en el curso del procedimiento y efectuar las oportunas consideraciones médicas, concluye que la atención sanitaria dispensada *“no fue adecuada en el manejo clínico tras los resultados del TAC del día 20 de noviembre de 2021, en el que el radiólogo describe posible urinoma, dado que no se realizó una revisión de diuresis diarias, solicitud urgente de uroTAC ni consulta a urología, demorándose el tratamiento quirúrgico de la complicación en 2-3 días, con aumento del tamaño de las colecciones-urinomas, y prolongación del ingreso hospitalario...”.*

Consta en el expediente un informe de valoración del daño corporal, emitido el 2 de julio de 2024 a instancias de la aseguradora del SERMAS en el que, sin analizar la praxis médica, se cifra el daño en 16.123,78 euros.

Mediante oficio de 30 de octubre de 2024, se confiere al reclamante un primer trámite de audiencia, presentando escrito de 22 de noviembre de 2024, en el que destaca que la Inspección Médica reconoce que existió mala praxis en la asistencia prestada y que las lesiones sufridas por el paciente no estaban descritas en el documento de consentimiento

informado como riesgos típicos de la intervención de resección segmentaria de colon.

Además, manifiesta su desacuerdo con la valoración remitida por la aseguradora del SERMAS y se ratifica en su petición inicial de indemnización, si bien, subsidiariamente, solo en caso de no estimar de manera íntegra la reclamación administrativa, solicita que se dicte resolución en la que se acuerde indemnizar al reclamante en la cantidad de 61.095,74 €.

Posteriormente, con fecha 17 de febrero de 2025, se remite un anexo al informe de valoración realizado a instancias de la aseguradora del SERMAS, con una nueva valoración, por importe de 20.508,42 euros.

Como consecuencia, y con fecha 17 de julio de 2025, se concede al reclamante nuevo plazo para alegaciones, remitiendo escrito de 22 de julio de 2025, en el que reitera la solicitud de estimación íntegra de la pretensión,

Finalmente, el 12 de septiembre de 2025, la viceconsejera de Sanidad y directora general del Servicio Madrileño de Salud, formula propuesta de resolución, que estima parcialmente la reclamación en una cuantía de 20.508,42 €, a actualizar a la fecha de resolución.

**CUARTO.-** El 19 de septiembre de 2025 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente n.º 511/25 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 22 de octubre de 2025.

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.

El reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del 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 ser la persona que recibió la asistencia sanitaria reprochada.

La legitimación pasiva resulta indiscutible que corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que la asistencia sanitaria se prestó por el Hospital Universitario de Móstoles, centro integrado en la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid.

En cuanto al plazo para el ejercicio del derecho a reclamar, es de un año contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo (cfr. artículo 67.1 de la

LPAC). En el presente caso, el reclamante dirige sus reproches en relación con la cirugía realizada el 12 de noviembre de 2021, si bien hubo de ser reintervenido el 24 de noviembre de 2021, de modo que la reclamación, presentada el 20 de octubre de 2022, se ha formulado en plazo legal, con independencia de la fecha de la curación o de la determinación de las secuelas.

En cuanto al procedimiento, no se observa ningún defecto en su tramitación. Se ha recabado informe del Servicio de Cirugía General y Digestivo del centro hospitalario, implicado en el proceso asistencial del reclamante. Asimismo, ha emitido informe la Inspección Sanitaria. Tras la incorporación de los informes mencionados, se dio audiencia al reclamante y, por último, se ha formulado la correspondiente propuesta de resolución, remitida, junto con el resto del expediente, a la Comisión Jurídica Asesora para la emisión del preceptivo dictamen.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido 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 Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, 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.-** Como se ha visto en los antecedentes de hecho, el reclamante reprocha que no se le informó adecuadamente de los riesgos de la intervención, ya que, en el documento de consentimiento informado no se advierte del riesgo que se materializó en el presente caso: la lesión ureteral o sección ureteral. Además, refiere que *“se produjo una complicación en la cirugía que constituye un daño desproporcionado pues, al no aparecer dicha complicación, lesión ureteral, ni en el apartado de riesgos poco graves y frecuentes ni en el de riesgos poco frecuentes y graves, ha de entenderse que estamos ante un daño que se ha producido por una mala praxis, toda vez que no está descrito para el tipo de intervención que se realizó”*.

En este sentido, y 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, de conformidad con el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil. En este sentido se ha pronunciado la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 4 de mayo de 2018 (recurso 532/2016), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo. Además, hemos de tener presente, como recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en Sentencia de 12 de noviembre de 2018 (recurso 309/2017) que *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales medicas pues se está ante una cuestión eminentemente técnica y como este Tribunal carece de conocimientos técnicos-médicos necesarios debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos. En estos casos los órganos judiciales vienen obligados a decidir con tales medios de prueba empleando la lógica y el buen sentido o sana crítica con el fin de zanjar el conflicto planteado”*.

Pues bien, en este caso el reclamante, a quien incumbe la carga de la prueba, no ha incorporado al procedimiento informe médico pericial alguno en apoyo de sus pretensiones e incluso, como analizaremos a continuación, alega la existencia de un daño desproporcionado que no concurre en el presente supuesto. Sin embargo, la Inspección Sanitaria, como ya señalábamos anteriormente, si bien no considera que concurra infracción de la *lex artis* en cuanto al lesión sufrida por el reclamante, pues se trata de una complicación relativamente frecuente en la cirugía de colon, sí estima que *“el diagnóstico de la complicación sufrida se demoró al menos en 2-3 días, y por ello, también su tratamiento quirúrgico”*.

En efecto, la Inspección explica que *“en el TAC del 20 de noviembre de 2021 existe una sospecha clínica de urinoma (colección de orina*

*retroperitoneal), que debe ser estudiada, sin embargo, no parece revisarse de manera exhaustiva las diuresis totales del paciente, ni el balance hídrico... ante la sospecha de urinoma en el TAC abdominal urgente del 20 de noviembre de 2021, se deberían de haber revisados las diuresis y el balance hídrico. Pudiendo haberse comprobado que las diuresis totales diarias eran escasas en relación a las entradas. Además, podría haberse solicitado el UROTAC de manera urgente, o haber solicitado la valoración de Urología de guardia, todo ello antes de la madrugada del 23 al 24 de noviembre, en la que el paciente comienza a encontrarse peor. También se suma que la petición del uroTAC no se realizó: “revisando nota del día 20, se menciona que se pide uroTC programado. No veo cita ni petición, pido de nuevo TC en fase excretora”.*

Finalmente, como se infiere de la historia clínica aportada al expediente, por empeoramiento del paciente, se realizó uroTAC de manera urgente el día 24 de noviembre de 2021, confirmando el diagnóstico de lesión del uréter izquierdo, urinoma y la necesidad de cirugía urgente.

Ahora bien, frente a lo argumentado por los reclamantes, no estamos ante un daño desproporcionado. En efecto, en el supuesto de daño desproporcionado señala el Tribunal Supremo, en su Sentencia de 4 de diciembre de 2012, lo siguiente:

*«La Administración sanitaria debe responder de un "daño o resultado desproporcionado", ya que éste, por sí mismo, por sí sólo, denota un componente de culpabilidad, como corresponde a la regla “res ipsa loquitur” (la cosa habla por sí misma) de la doctrina anglosajona, a la regla “Anscheinsbeweis” (apariencia de la prueba) de la doctrina alemana y a la regla de la “faute virtuelle” (culpa virtual), que significa que si se produce un resultado dañoso que normalmente no se produce más que cuando media una conducta negligente, responde el que ha ejecutado ésta, a no ser que pruebe cumplidamente que la causa ha estado fuera de su esfera de acción (sentencias de 19 de*

*septiembre de 2012, recurso de casación 8/2010, 17 de septiembre de 2012, recurso de casación 6.693/2010, 29 de junio de 2011, recurso de casación 2.950/2007 , y 30 de septiembre de 2011, recurso de casación 3.536/2007)».*

La Sentencia del Tribunal Supremo de 14 de marzo de 2018 (recurso de casación 347/2017), recoge un resumen de la teoría del daño desproporcionado señalando lo siguiente:

*«El daño desproporcionado tiene lugar en los casos en que el acto médico produce un resultado anormal e inusualmente grave y desproporcionado en relación con los riesgos que comporta la intervención, en conexión con los padecimientos que se tratan de atender. Como se declara en la sentencia de 6 de abril de 2015 (RJ 2015, 1508) (recurso 1508/2013), "La doctrina del daño desproporcionado o resultado clamoroso" se aplica cuando tal resultado lesivo causado no se produce normalmente, o no guarda relación o proporción con entidad de la intervención y no era previsible, es inesperado e inexplicado por la demandada, pero es inasumible -por su desproporción- ante lo esperable de la intervención. Esto integra su antijuridicidad, cerrándose el paso a la posibilidad de pretextar un caso fortuito, excluyente de la responsabilidad por el daño causado. De esta manera no hay daño desproporcionado, por ejemplo, si el resultado lesivo es un riesgo inherente a la intervención, pero ha habido una errónea ejecución».*

Sin embargo, no es posible aplicar dicha doctrina cuando el resultado se presenta como una opción posible (STS de 2 de enero de 2012, RC 6710/2010), cuando dicho resultado constituye un riesgo propio de la intervención médica en un porcentaje considerable (STS 9 de marzo de 2011, RC 1773/2009), y cuando existe actividad probatoria que llega a convencer al órgano judicial respecto a cómo se ha producido tal resultado (STS de 2 de noviembre de 2012, RC 772/2012).

Pues bien, coinciden en afirmar el jefe del Servicio de Cirugía General y Digestivo del centro hospitalario y la Inspección Sanitaria que estamos ante una complicación relativamente frecuente en la cirugía de colon, es decir, ante un *“riesgo propio de la intervención médica en un porcentaje considerable”*, tal y como señala el Tribunal Supremo. Así el primero refiere que *“la lesión ureteral, por otra parte, no es en modo alguno un daño ni desproporcionado ni infrecuente (hay series que reportan hasta un 5,7 % de probabilidad de que suceda)”*, mientras que la Inspección, por su parte, razona que *“con la laparoscopia en la cirugía colorrectal se disminuye el íleo postoperatorio y la estancia media, aunque no se modifica el porcentaje de complicaciones quirúrgicas, el número de reintervenciones ni la incidencia de dehiscencia anastomótica. Las complicaciones más frecuentes son ... Lesión ureteral de causa iatrogénica que puede dar lugar a fracaso renal con hidronefrosis ipsilateral si se produce una sección completa... las cirugías colorrectales son las terceras más frecuentes en daño ureteral entre un 5-15 %, y en concreto para colectomías laparoscópicas, 0.22/1000”*.

**QUINTA.-** No obstante reconocer el retraso en el diagnóstico de la complicación, la propia Inspección Sanitaria limita sus efectos de un modo que ha de ser tomado en consideración a la hora de valorar el daño infligido. Así, la Inspección refiere que *“el diagnóstico de la complicación sufrida se demoró al menos en 2-3 días, y por ello, también su tratamiento quirúrgico. Si bien es cierto, la técnica quirúrgica de reparación de la lesión no habría cambiado, dado que la lesión del uréter se encontraba en el tercio distal del mismo. Ni tampoco la indicación de colocación del catéter doble J, y la clínica irritativa secundaria que sufrió el paciente. El volumen de la colecciones-urinomas, habría sido de menor tamaño. Por lo que se puede afirmar, que el tiempo de hospitalización se alargó al no ser diagnóstica la complicación de forma más temprana”*.

Además, y con respecto a las secuelas alegadas, el médico inspector se pronuncia en sentido negativo, señalando, por un lado que *“no hay*

*diagnóstico de síndrome extrapiramidal en la historia clínica al que se hace referencia en la reclamación”, y que, en relación al diagnóstico de estrés postraumático, “el paciente no ha precisado de medicación ni consultas repetidas de seguimiento, por lo que se entiende que el paciente se recuperó para realizar su vida cotidiana a pesar de ingreso y complicaciones sufridas”. Además, y con respecto a la clínica miccional como secuela que alega el reclamante, afirma que “no se ha añadido tratamiento para los síntomas descritos por el paciente, ni se ha realizado confirmación de la incontinencia urinaria”.*

Por último, en relación con la secuela estética tras la reintervención, también se pronuncia la Inspección, indicando que, en el caso de haber sido detectada y reparada la lesión en el mismo acto quirúrgico inicial, no se puede asegurar que se hubiese mantenido la vía laparoscópica o tendría que haber sido realizada por laparotomía media, de modo que, es decir, que aun habiéndose detectado entonces, podría incluso tener el reclamante una cicatriz mayor.

En definitiva, es preciso valorar los daños padecidos por el reclamante en atención a los días de hospitalización que finalmente sufrió, siguiendo en este punto el criterio de la Inspección Médica. En este sentido, y a falta de informe pericial de parte, hay que estar al criterio expuesto en el informe de valoración del daño realizado a instancias de la aseguradora del SERMAS, partiendo de que, a estos efectos, se ha de tener en cuenta, con carácter orientativo, el baremo establecido en 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.

El citado informe considera como días de perjuicio personal grave los que el paciente permaneció ingresado para tratar la lesión ureteral, del 20 de noviembre de 2021 al 5 de diciembre de 2021, fecha del alta hospitalaria, es decir, un total 15 días graves. A ellos, hay que sumar un

reingreso, del 7 a 14 de diciembre de 2021, es decir, otros 7 días más, lo que hace un total de 22 días de ingreso hospitalario, que se consideran, como decimos, graves, y que, multiplicados por 79,02 euros, suponen un total de 1.738,44 euros, cantidad que deberá actualizarse a la fecha que se ponga a fin del procedimiento, conforme a lo establecido en el artículo 34.3 de la LRJSP.

**SEXTA.-** Finalmente, debemos referirnos el defecto de información que invoca el interesado, pues el documento de consentimiento informado que firmó con carácter previo a la cirugía no incluía, entre los riesgos de la intervención, la lesión producida. En este sentido, cabe recordar que el documento de consentimiento informado *“no debe abarcar todos los posibles resultados lesivos que pudieran derivarse de la intervención, sino los riesgos específicos de ella y los probables según el estado de la ciencia”* (así Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 2 de junio de 2010).

Ahora bien, partiendo de ello y, en atención a lo señalado anteriormente, cabe indicar que nos encontramos ante una complicación de la intervención que los informes obrantes en el procedimiento consideran como relativamente frecuente en este tipo de intervenciones, si tomamos en cuenta los porcentajes que tales informes indican, por lo que sorprende su ausencia en el documento de consentimiento informado suscrito por el paciente, sin que quepa acudir a interpretaciones extensas del contenido del documento, como se realiza en dichos informes y en la propuesta de resolución remitida, interpretaciones que pugnan con el derecho a la información que tiene el paciente, derecho que entendemos lesionado siquiera de un modo parcial en el presente caso, ante un documento de consentimiento informado que cabe reputar incompleto.

En este sentido, el Tribunal Supremo, entre otras, en la Sentencia de 4 de febrero de 2021 (rec. cas. 3935/2019) señala que:

*“(…) la falta de información al paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente del posible riesgo (…) supone el incumplimiento del deber de obtener el consentimiento informado en las condiciones legalmente establecidas, (…) que la ausencia de la referida información constituye una infracción de la lex artis, que es susceptible de determinar el derecho a la correspondiente indemnización por el daño moral que supone la privación al paciente de la capacidad de decidir fundadamente”.*

Por su parte, el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 10ª, en la Sentencia 619/2023 de 13 de julio (Rec. 31/2022), también afirma:

*«En principio la jurisprudencia entiende que la falta de consentimiento no da lugar automáticamente a responsabilidad patrimonial, porque para que así sea, resulta necesaria la producción de un resultado dañoso. Cuando se produce, se causa un daño moral cuya indemnización no depende de que el acto médico en sí mismo se haya acomodado o dejara de acomodarse a la praxis médica, sino de la relación causal existente entre este acto y el resultado dañoso o perjudicial que aqueja al paciente. El incumplimiento de los deberes de información sólo deviene irrelevante y no da por tanto derecho a indemnización cuando el resultado dañoso o perjudicial no tiene su causa en el acto médico o asistencia sanitaria ( STS de 2 de enero de 2012).*

*En estos casos, la cuantificación de la indemnización se debe fijar en función de la potencialidad o probabilidad de que el paciente, de haber conocido el riesgo, no se hubiera sometido al tratamiento, debiendo tener en cuenta también otros factores como el estado previo del paciente, el pronóstico y la gravedad del proceso patológico, las alteraciones terapéuticas existentes, la necesidad de la actuación médica y su carácter preferente o no.*

*En orden a la indemnización del daño moral, la Sentencia del Tribunal Supremo de 23 de marzo de 2011 (recurso de casación 2.302/2009) vino a declarar que ha de tenerse en cuenta que el resarcimiento del daño moral por su carácter afectivo y de “pretium doloris”, carece de módulos objetivos, lo que conduce a valorarlo en una cifra razonable que, como señala la jurisprudencia, siempre tendrá un cierto componente subjetivo debiendo ponderarse todas las circunstancias concurrentes en el caso».*

A partir de nuestro dictamen 738/22, de 29 de noviembre, venimos reconociendo una indemnización de 9.000 euros, cantidad global y actualizada, en atención a la falta completa de documento de consentimiento informado, de modo que, ante un documento incompleto, cabe reconocer una indemnización, también global y actualizada, de 6.000 euros.

Por todo lo expuesto, la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

## **CONCLUSIÓN**

Procede estimar parcialmente la reclamación presentada y reconocer el derecho a percibir una indemnización de, por un lado, 1.738,44 euros, cantidad que deberá actualizarse a la fecha que se ponga a fin del procedimiento, y, por otro lado, 6.000 euros, cantidad global y actualizada.

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 22 de octubre de 2025

El Presidente de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 535/25

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid