

Dictamen n.º: **642/25**  
Consulta: **Consejera de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **03.12.25**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 3 de diciembre 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 Dña. .... por los daños y perjuicios sufridos, tras una intervención quirúrgica de colecistectomía laparoscópica realizada en el Hospital Universitario Infanta Leonor, al causarle una obstrucción de la vía biliar, por colocación de una grapa en el conducto biliar, y una posible cirrosis biliar secundaria.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** El 5 de enero de 2024, la persona mencionada en el encabezamiento presenta un escrito en el Servicio de Atención al Paciente del Hospital Universitario Infanta Leonor, en el que solicita el inicio de un procedimiento de responsabilidad patrimonial y, en primer lugar, relata su evolución clínica desde que, en el año 2017, acudió al Hospital Universitario Infanta Leonor por Urgencias varias veces en un año con cólicos de origen biliar. Señala que fue incluida en la lista de espera para realizar una colecistectomía laparoscópica y que, en 2018, le realizaron el correspondiente preoperatorio y pruebas de imágenes para, finalmente,

intervenirla de forma programada el día 30 de octubre del 2018 en el mismo hospital. Refiere que quedó ingresada durante tres días con drenaje porque la intervención fue laboriosa, siendo dada de alta sin novedad, con indicación de acudir al médico correspondiente para valorar el estado de las heridas del abdomen.

La interesada relata que, en 2022, tuvo su primera consulta con Digestivo y que, tras varias pruebas y analíticas, le comunicaron que tenía una grapa situada en el conducto biliar, la cual había obstaculizado el conducto y no permitía pasar la bilis. Según el escrito, fue derivada al cirujano digestivo del Hospital Universitario de Toledo a finales del 2022, donde le comunicaron que su situación era compleja y que debía ser intervenida, planteándole tres alternativas terapéuticas. Señala que una de ellas, la menos arriesgada, era la intervención por endoscopia, colocando una prótesis, pero, por el estado del conducto, no fue posible realizarla.

Indica que la segunda alternativa era un tratamiento endoscópico en fase experimental, con el uso de imanes para intentar abrir la vía en el conducto grapado, colocando una prótesis desde el intestino hasta el hígado (*“hepaticoduodenostomía”*). Según afirma, la última opción era la operación abierta, en la que, posiblemente, tenían que cortar parte de su hígado, siendo de alto riesgo.

La reclamación continúa señalando que, finalmente, le realizaron en el Hospital Universitario Río Hortega, de Valladolid, la alternativa dos, es decir, el tratamiento experimental, desde el 17 de enero de 2023, que no funcionó, de modo que, durante el proceso, los médicos valoraron que debían dejar la prótesis de hepaticoduodenostomía para la formación de una fistula.

La interesada señala que, en el momento de interponer la reclamación, sigue con la prótesis, que le será retirada el 26 de febrero de 2024 en el Hospital Universitario de Toledo, esperando que

la fistula que se ha formado no se cierre y se mantenga permeable sin prótesis.

En definitiva, se reprocha que la intervención de colecistectomía laparoscópica realizada en el Hospital Universitario Infanta Leonor el 30 de octubre de 2018 provocó una lesión quirúrgica, *“causando una obstrucción de la vía biliar (error de clipaje) y la posible existencia de un componente de cirrosis biliar secundaria, por la alteración persistente de BQ hepática”*.

La reclamante indica que todo el proceso le ha generado muchas secuelas en su vida personal, familiar, laboral y emocional, llegando a tener un alto nivel de estrés y preocupación, siendo madre de tres hijos de 13, 8 y 3 años de edad, quienes requieren de su atención y cuidado, de modo que, debido a las continuas citas médicas, desplazamientos a Valladolid, intervenciones, hospitalizaciones y controles, se ha producido mucha inestabilidad en su hogar y su economía también se ha visto mermada. No determina el importe de la indemnización solicitada y el escrito de reclamación se acompaña de diversa documentación médica acreditativa de la atención sanitaria recibida (folios 1 a 27 del expediente).

**SEGUNDO.-** Del examen de la historia clínica y restante documentación médica obrante en el expediente se extraen los siguientes hechos que se consideran de interés para la emisión del dictamen:

Se trata de una paciente, nacida en 1992, que el 13 de agosto de 2016 acude a Urgencias del Hospital Universitario Infanta Leonor por dolor epigástrico con pirosis e irradiación retroesternal y a la espalda; la exploración es anodina y mejora con ranitidina y paracetamol. Juicio clínico: dispepsia y reflujo gastroesofágico; alta con omeprazol, analgesia y control por el médico de Atención Primaria.

Con fecha 20 de agosto de 2017, de nuevo en Urgencias: epigastralgia irradiada a espalda; analítica con ligera elevación de GPT (59 U/L) y PCR 18,2 mg/L; alta con tratamiento sintomático y sospecha de “gastritis vs. cólico biliar”.

Nueva visita a Urgencias el 9 de octubre de 2017. Epigastralgia irradiada a la espalda; PCR 29,6 mg/L; alta con diagnóstico de cólico biliar, dieta baja en grasas y metamizol; seguimiento por el médico de Atención Primaria. Al día siguiente, persiste epigastralgia; GPT 99, GOT 51, FA 155, PCR 28,9; mejora tras metamizol; alta con dieta y analgesia pautada.

El 11 de octubre de 2017, es atendida de nuevo en Urgencias: dolor en el hipocondrio derecho y epigastrio; exploración con dolor, Murphy negativo; analítica con hipertransaminasemia y elevación de PCR; tratamiento analgésico (dexketoprofeno y tramadol), alta con diagnóstico de cólico biliar no complicado y recomendaciones.

Regresa a Urgencias al día siguiente: consulta por dolor en el hipocondrio derecho, irradiado a la espalda, con náuseas y un vómito; exploración con Murphy positivo; analítica con colestasis disociada y bilirrubina normal; alta con diagnóstico de cólico biliar no complicado, dieta y analgesia; se anota el mal cumplimiento terapéutico el día previo.

Con fecha 20 de octubre de 2017, se realiza ecografía abdominal en el Centro de Especialidades Federica Montseny: “colelitiasis múltiples”; hígado, vía biliar, bazo y riñones sin hallazgos significativos; páncreas no valorable por meteorismo.

El 31 de octubre de 2017, acude de nuevo a Urgencias del Hospital Universitario Infanta Leonor: dolor abdominal en hipogastrio y vómitos biliosos; exploración con dolor en el hipocondrio derecho y Murphy positivo; analítica con GPT 172, GOT 58, FA 167, PCR 17,5; alta con

“cólico biliar no complicado en paciente con colelitiasis”, dieta, analgesia, metoclopramida, y cita con Cirugía el 20 de noviembre de 2017.

Con fecha 5 de junio de 2018, se realiza colangio-resonancia magnética en el Hospital Universitario Infanta Leonor: vesícula de paredes finas con litiasis en infundíbulo; vía biliar intra/extrahepática de calibre normal; se confirma colelitiasis y se apoya indicación quirúrgica. El mismo día, se firma el documento de consentimiento informado y se incluye a la paciente en lista de espera quirúrgica de Cirugía General y Digestivo, para colecistectomía laparoscópica.

El 30 de octubre 2018, se realiza colecistectomía laparoscópica “laboriosa” por colecistitis crónica con cálculo en infundíbulo; se extrae el cálculo, se sutura el cístico con EndoStitch y se clampa un conducto de Luschka con clip; se deja drenaje.

Entre el 31 de octubre y el 3 de noviembre de 2018, evolución postoperatoria en el Hospital Universitario Infanta Leonor: afebril, buena tolerancia oral, drenaje serohemático con débito progresivamente menor; cuidados de enfermería; recomendaciones al alta (dieta, cuidados de herida, evitar esfuerzos 4–6 semanas, retirada de grapas a los 10–12 días, revisión en consulta). El 3 de noviembre de 2018, se produce el alta hospitalaria, tras retirada de drenaje; evolución estable.

Con fecha 29 de noviembre de 2018, acude a revisión en consultas externas de Cirugía, donde se le comunica el informe de Anatomía Patológica de vesícula con “*colecistitis crónica*”; asintomática, salvo dolor periumbilical ocasional y sin hallazgos en la herida.

El 15 de mayo de 2019, acude a Urgencias del Hospital Universitario Infanta Leonor, remitida desde Atención Primaria, por dolor torácico con irradiación a la espalda, y cefalea; electrocardiograma sin alteraciones significativas; analítica sin leucocitosis ni reactantes de fase aguda

elevadas; persiste elevación de enzimas hepáticas ya conocida; se alivia con paracetamol IV; alta con diagnóstico de *“dolor torácico sin signos de alarma”* y *“elevación de transaminasas asintomática”*. Se recomienda completar estudio por el médico de Atención Primaria.

El 23 de enero de 2020, en Obstetricia del Hospital Universitario Infanta Leonor, se refleja: *“gestante de 30 semanas, remitida por prurito palmoplantar y alteración marcada del perfil hepático (GPT 572, GOT 221, FA 380); diagnóstico de colestasis intrahepática; tratamiento con ácido ursodesoxicólico y polaramine”*.

Entre el 18 y el 21 de febrero de 2020, en el Hospital Virgen de la Torre de Madrid, tiene lugar el parto eutócico de un varón a las 34+ semanas y el subsiguiente alta con diagnóstico de *“parto eutócico + colestasis intrahepática”*. Se pauta continuidad en Digestivo.

Con fecha 9 de marzo de 2020, acude a consultas externas de Digestivo en el Hospital Universitario Infanta Leonor. Allí se anotó: *“...alteración del perfil hepático ‘al menos desde 2016’, inicialmente en relación con anticonceptivos orales y empeorada en gestación; plan con analítica ampliada, ecografía y fibroscan; recomendaciones de estilo de vida. Se realiza fibroscan: rigidez 4,7 kPa, compatible con F0-F1 (sin fibrosis significativa)”*.

El 25 de marzo de 2020, en anota de Digestivo: consta fibroscan sin fibrosis significativa; se intenta contacto telefónico sin éxito; se documenta en HORUS episodio de *“parto normal”* (27 de febrero de 2020) y *“cambio de Comunidad Autónoma”*.

Con fecha 28 de abril de 2022, se realiza colangio-resonancia magnética en el Complejo Hospitalario de Toledo, denotando: *“dilatación hasta 11 mm del conducto hepático posterior derecho y de ramas (segmento VI), con material hipointenso central compatible con cambios*

*posquirúrgicos; se sugiere obstrucción de la vía biliar intrahepática derecha por lesión quirúrgica”.*

El 1 de diciembre de 2022, en consultas externas de Digestivo del Complejo Hospitalario de Toledo, se anota: hipertransaminasemia iniciada tras la cirugía y antes del embarazo, concordante con obstrucción biliar residual poscolecistectomía; se decide remisión a centro nacional de referencia (Hospital Universitario Río Hortega, de Valladolid) para tratamiento endoscópico complejo y recanalización.

Entre el 17 y el 20 de enero de 2023, la paciente ingresa de modo programado en el Hospital Universitario Río Hortega, donde se le realiza drenaje biliar. El informe de alta recoge el diagnóstico de desconexión de la vía biliar intrahepática derecha postquirúrgica, previendo la planificación de la reconexión magnética, en 4–6 semanas.

Con fecha 8 de marzo de 2023, se realiza en el referido hospital de Valladolid colangiopancreatografía retrógrada endoscópica/test de esfuerzo cardiopulmonar con retirada de prótesis de hepaticoduodenostomía (fistula madura), colangiografías sin paso a vía biliar principal, y colocación de dos imanes de 8×6 mm en ambos cabos de la transección; se indican radiografías simples a 2 y 4 semanas para valorar acoplamiento.

El 9 de marzo de 2023, acude al Centro de Salud Villaluenga de la Sagra por dolor en el hipocondrio derecho, afebril; se administra analgesia y se remite a domicilio con recomendaciones; aporta informe de Hospital Universitario Río Hortega de 8 de marzo de 2023.

Del 10 al 14 de marzo de 2023, ingresa en Aparato Digestivo del Complejo Hospitalario de Toledo: consulta por dolor tras la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica reciente; analítica con transaminasas elevadas (GOT 615, GPT 689), bilirrubina total 0,98, LDH

483; TAC sin perforación, con prótesis desde conducto hepático derecho a duodeno y mínima ectasia; se objetiva migración del imán hacia intestino; manejo con antibióticos y dieta absoluta con mejoría. Alta con plan de reingreso programado para colangiopancreatografía retrógrada endoscópica y retirada de imán a través de la hepaticoduodenostomía.

Entre el 20 y el 23 de marzo de 2023, ingreso programado para colangiopancreatografía retrógrada endoscópica a cargo del Servicio de Aparato Digestivo del Complejo Hospitalario de Toledo: continuidad del plan terapéutico; bioquímica al alta con GPT 194, GOT 117, FA 264; recomendaciones y control, con radiografía de abdomen y analítica.

El 27 de abril de 2023, en consultas externas de Digestivo del Complejo Hospitalario de Toledo: diagnóstico de estenosis intrahepática del sector posterior derecho secundaria a lesión post-colecistectomía; intento de recanalización endoscópica mediante hepaticoduodenostomía y colocación de imanes; portadora de prótesis; seguimiento coordinado con el Hospital Universitario Río Hortega.

Constan nuevas revisiones en Digestivo los días 1 y 15 de junio de 2023: leve mejoría analítica; ecografía con perfusión hepática adecuada y sin dilatación biliar; se valora posible componente metabólico (MASLD) de bajo riesgo de fibrosis; continuidad de controles.

Evolución: con base en los hallazgos ecográficos sin dilatación de vía biliar y adecuada perfusión hepática y puesto que podrían existir un componente de cirrosis biliar secundaria que justificase la alteración persistente de bioquímica hepática se decide iniciar tratamiento con ácidos biliares (10mg/kg) y control analítico posteriormente y en función de evolución se valorará retirada de prótesis. Se indica analítica y radiografía de abdomen.

Diagnóstico principal: estenosis intrahepática de segmento biliar posterior derecho secundaria a lesión post-colecistectomía. Intento de



recanalización endoscópica mediante hepaticoduodenostomía y colocación de imanes. Portadora de prótesis de hepaticoduodenostomía.

Se pauta tratamiento con Ursobilane 300 mg cada 12 horas.

Con fecha 30 de noviembre de 2023, acude a consulta de Aparato Digestivo del Complejo Hospitalario de Toledo para revisión. Se encuentra subjetivamente bien. Sin dolor abdominal ni fiebre. Analíticas: GOT 35 (previo 66), GPT 50 (previo 102), GGT 122 (previo 186), FA 269 (previo 340).

Evolución: con base en los hallazgos ecográficos, sin dilatación de vía biliar y adecuada perfusión hepática y puesto que podrían existir un componente de cirrosis biliar secundaria que justificase la alteración persistente de bioquímica hepática se decidió iniciar tratamiento con ácidos biliares (10mg/kg). Se decide retirada de prótesis de hepaticoduodenostomía con la intención de que la ostomía realizada se mantenga permeable sin prótesis. Se indica analítica, radiografía de abdomen y endoscopia para retirada de prótesis.

**TERCERO.-** Presentada la reclamación anterior, por el Servicio Madrileño de Salud se inicia el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo de lo establecido en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la reclamante del Hospital Universitario Infanta Leonor, así como de Atención Primaria (folios 30 a 97 del expediente).

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 81 de la LPAC, se ha emitido el informe del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital Universitario Infanta Leonor, de 24 de enero de 2024, en el que,

tras relatar cronológicamente la atención sanitaria dispensada a la paciente, se indica, entre otras consideraciones, que *“tras una colecistectomía laparoscópica, no es necesario solicitar pruebas de laboratorio a no ser que exista una sintomatología que indique que puede haber existido una complicación, puesto que se producen generalmente, de forma habitual, ligeras alteraciones en las enzimas hepáticas como consecuencia de la intervención.*

*Un dolor ocasional al lado izquierdo del ombligo menos de un mes después del alta es justificable en relación con el cierre de la herida y no es indicativo de la existencia de ninguna complicación intraabdominal... La lesión de la vía biliar es una complicación rara y seria que puede ocurrir durante la colecistectomía laparoscópica y su incidencia aumenta cuando existe un componente inflamatorio. La lesión de la vía biliar se recoge de forma específica en el documento de consentimiento informado firmado antes de la intervención y que consta incluido en la historia clínica de la paciente ...”.*

Con fecha 10 de abril de 2024, la reclamante aporta un denominado *“informe de viabilidad”*, realizado por un perito en Medicina General y Aparato Digestivo, en el que se concluye que *“a falta de datos sobre los detalles técnicos de la colecistectomía, se produjo un manifiesto retraso en el seguimiento y control del funcionamiento hepático y que aún se considera una evolución no resuelta en su totalidad, por lo que se sucederán nuevos controles que determinarán si son posibles nuevas actuaciones. Es necesario ver de manera precisa la evolución del hígado por la posible evolución hacia una cirrosis hepática a confirmar, con la posibilidad de una biopsia hepática si las cifras analíticas lo aconsejan”.*

No obstante, y para una adecuada elaboración del informe médico pericial realizado a su instancia, la reclamante solicita *“el protocolo quirúrgico y evolutivos hasta el alta de la paciente en el Hospital Infanta Leonor (hoja de enfermería circulante del quirófano, hoja*

*operatoria, tiempo del acto quirúrgico, incidencias etc.) así como el resultado de la CRM (colangio resonancia magnética) realizada en el Hospital de Toledo (28/04/22), donde presumiblemente se encontró la dilatación del conducto hepático derecho (por posible colocación del clip metálico)”.*

Mediante oficio de 22 de abril de 2024, se comunica a la reclamante la remisión de la documentación solicitada, pero sólo la relativa a la atención dispensada en el Hospital Universitario Infanta Leonor, pues la correspondiente al Hospital de Toledo no obra en poder del SERMAS, al no ser dicho hospital de su titularidad.

El 12 de diciembre de 2024, la reclamante presenta un informe médico pericial, con valoración del daño corporal, elaborado, como decimos, por un especialista en Cirugía General y Digestivo, quien concluye que *“se produjo una mala praxis en el seguimiento de la paciente después de la colecistectomía, sin valorar la posible iatrogenia, que fue ignorada hasta la estancia de la paciente en el Hospital de Toledo”*, valorando el daño corporal en la cantidad de 302.027,67€.

Se ha incorporado al expediente el informe de la Inspección Sanitaria, emitido el 5 de junio de 2025, en el que, tras analizar la historia clínica y el informe emitido por el servicio implicado en el proceso asistencial de la reclamante, y efectuar las correspondientes consideraciones médicas, concluye que *“la asistencia sanitaria prestada en el Hospital Universitario Infanta Leonor se ajustó a la lex artis”*.

Una vez instruido el procedimiento, se confiere el oportuno trámite de audiencia mediante oficio de 30 de junio de 2025, de modo que la reclamante presenta escrito el 11 de julio de 2025, en el que, con referencia al informe médico pericial aportado, reitera el contenido de su

reclamación y la cuantificación económica de la indemnización solicitada en la suma de 302.027,67 €.

Finalmente, se dicta propuesta de resolución por la viceconsejera de Sanidad y directora general del Servicio Madrileño de Salud, en fecha 24 de octubre de 2025, en la que se desestima la reclamación indemnizatoria presentada, por entender que la actuación sanitaria reprochada fue conforme a la *lex artis*.

**CUARTO.-** El 7 de noviembre 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 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 3 de diciembre 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, al haberse iniciado con posterioridad a la entrada en vigor de dicha norma. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad de las administraciones públicas.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4 de la LPAC en relación con el artículo 32.1 de la LRJSP, en cuanto recibió la asistencia sanitaria que es objeto de reproche.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, ya que el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado por personal médico del Hospital Universitario Infanta Leonor, centro hospitalario perteneciente a su red sanitaria pública.

Por último y en lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.2 de la LPAC el derecho a reclamar la responsabilidad patrimonial de la Administración prescribe al año de manifestarse el efecto lesivo y de que se haya determinado el alcance de las secuelas.

En este sentido, se reclama por la intervención realizada el 30 de octubre de 2018, si bien, en el caso de la presente reclamante, como así acredita el examen de su historia clínica, no cabe desconocer que ha sufrido una tórpida evolución clínica, siendo portadora, incluso, de una prótesis que, a fecha de interposición de la reclamación, no le había sido aún retirada, pues lo fue el 26 de febrero de 2024. En consecuencia, la reclamación, presentada el 5 de enero de 2024, ha sido interpuesta dentro del plazo legal.

El procedimiento seguido no adolece de ningún defecto de anulabilidad o nulidad, por cuanto se han llevado a cabo todas las actuaciones necesarias para alcanzar adecuadamente la finalidad procedimental y, así, se ha solicitado el informe preceptivo previsto en el artículo 81.1 de la LPAC, esto es, del Servicio de Cirugía General y Digestivo del Hospital Universitario Infanta Leonor, implicado en el proceso asistencial por el que se reclama. También se emitió informe por la Inspección Sanitaria, tras lo cual se dio audiencia a la reclamante, que realizó sus alegaciones en el sentido ya expuesto. Finalmente, se ha formulado la correspondiente propuesta de resolución, en sentido desestimatorio de la reclamación.

**TERCERA.-** La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 106.2 de la Constitución Española, que garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley. El desarrollo legal de este precepto se encuentra contenido actualmente en los artículos 32 y siguientes de la LRJSP, completado con lo dispuesto en materia de procedimiento en la ya citada LPAC.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, por todas, las Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 11 de julio de 2016 (recurso de casación 1111/2015) y 25 de mayo de 2016 (recurso de casación 2396/2014), requiere conforme a lo establecido en el artículo 32 de la LRJSP:

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. Así, la Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de junio de 2007 (Recurso 10231/2003), con cita de otras muchas declara que *“es doctrina jurisprudencial consolidada la que sostiene la exoneración de responsabilidad para la Administración, a pesar del carácter objetivo de la misma, cuando es la conducta del propio perjudicado, o la de un tercero, la única determinante del daño producido aunque hubiese sido incorrecto el funcionamiento del servicio público (Sentencias, entre otras, de 21 de marzo, 23 de mayo , 10 de octubre y 25 de noviembre de 1995, 25 de noviembre y 2 de diciembre de 1996 , 16 de noviembre de 1998 , 20 de febrero , 13 de marzo y 29 de marzo de 1999)”*.

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 cabalmente causado por su propia conducta. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005 y las 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”*.

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

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

**CUARTA.-** En el presente caso, la reclamante reprocha, inicialmente, que la intervención de colecistectomía laparoscópica realizada en el Hospital Universitario Infanta Leonor el 30 de octubre de 2018 le provocó una lesión quirúrgica, *“causando una obstrucción de la vía biliar (error de clipaje)”*.

Posteriormente, y con base en un informe médico pericial que aporta, alega que *“se produjo una mala praxis en el seguimiento de la paciente después de la colecistectomía sin valorar la posible iatrogenia, que fue ignorada hasta la estancia de la paciente en el Hospital de Toledo”*.

Así las cosas, procede analizar los reproches de la reclamante hacia la actuación del citado centro hospitalario, partiendo de lo que constituye regla general, esto es, que la carga de la prueba en los procedimientos de responsabilidad patrimonial corresponde a quien reclama, sin perjuicio de que se pueda modular dicha carga en virtud del principio de facilidad probatoria. Como es sabido, y así lo destaca, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2020 (recurso 829/2017) *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse*



*con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica y este Tribunal carece de los conocimientos técnicos-médicos necesarios, por lo que debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos, bien porque las partes hayan aportado informes del perito de su elección al que hayan acudido o bien porque se hubiera solicitado la designación judicial de un perito a fin de que informe al Tribunal sobre los extremos solicitados”.*

Conforme a lo señalado, hemos de considerar que en la tramitación de la reclamación formulada se ha aportado por la reclamante prueba pericial en la que viene a sustentar la pretendida mala praxis asistencial.

Es doctrina reiterada de esta Comisión Jurídica Asesora (v. gr. 397/20, de 22 de septiembre; 223/16, de 23 de junio; 460/16, de 13 de octubre y 331/19, de 12 de septiembre), que ante la existencia de informes periciales contradictorios -como ocurre en este caso, en que el dictamen de parte resulta contradictorio con el informe del servicio afectado y el de la Inspección Sanitaria, la valoración conjunta de la prueba pericial debe realizarse según las reglas de la sana crítica, con análisis de la coherencia interna, argumentación y lógica de las conclusiones a que cada uno de ellos llega.

La Sentencia de la Sala de lo Contencioso del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de febrero de 2016 (recurso 1002/2013) señala al respecto que *“las pruebas periciales no acreditan irrefutablemente un hecho, sino que expresan el juicio o convicción del perito con arreglo a los antecedentes que se le han facilitado (...)”* y *“no existen reglas generales preestablecidas para valorarlas, salvo la vinculación a las reglas de la sana crítica en el marco de la valoración conjunta de los medios probatorios traídos al proceso (...)”*.

Ante la disyuntiva generada, cabe recordar el especial valor que esta Comisión Jurídica Asesora atribuye a la opinión de la Inspección

Sanitaria, pues, tal y como recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, así su Sentencia de 24 de mayo de 2022 (recurso 786/2020), *“sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen también un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del Médico Inspector, y de la coherencia y motivación de su informe”*.

A ello se une que la pericial aportada por la reclamante realiza, primeramente, una interpretación de los datos clínicos del paciente a partir del diagnóstico posterior, pues señala que *“por traslado de la paciente a la provincia de Toledo, revisada en el Hospital de esa localidad y mediante colangioRMN, se pudo diagnosticar dilatación de hasta 11 mm del conducto hepático posterior derecho y la visualización de material con señal muy hipodensa hallazgos que sugieren obstrucción de la vía biliar por lesión quirúrgica (error de clipaje?), lo expuesto demostraba la íntima relación de la elevación de las enzimas hepáticas con la intervención quirúrgica de colecistectomía”*.

En este punto, procede tener presente que la asistencia médica ha de atender a las circunstancias y a los síntomas del enfermo, mediante un juicio *ex ante* y no *ex post*. Así lo ha manifestado reiteradamente este órgano consultivo (v.gr dictamen 336/21, de 13 de julio) con base a las sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, entre otras, la de 4 de abril de 2017 (recurso 532/2015) según la cual: *“No es correcto realizar una interpretación de lo acontecido conociendo el resultado final. La calificación de una praxis asistencial como buena o mala no debe realizarse por un juicio “ex post”, sino por un juicio ex ante, es decir, si con los datos disponibles en el momento en que se adopta una decisión sobre la diagnosis o tratamiento puede considerarse que tal decisión es adecuada a la clínica que presenta el paciente”*.

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

En este sentido, es preciso destacar, en primer lugar, y como así recogen tanto el informe del servicio afectado como el de la Inspección Sanitaria, que existía una indicación de colecistectomía laparoscópica por litiasis sintomática, conforme a la práctica clínica. Además, coinciden ambos informes en afirmar que el acto quirúrgico fue técnicamente complejo por inflamación y cálculo enclavado, con medidas prudenciales (drenaje), práctica que el Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo justifica para detectar el sangrado o fuga, sin signos inmediatos de lesión biliar. En todo caso, el documento de consentimiento informado firmado por la paciente explica el procedimiento, las posibles modificaciones intraoperatorias y los riesgos específicos, incluyendo estenosis de vía biliar, fistula biliar, colangitis y otras complicaciones potencialmente graves.

El informe médico pericial de parte indica que hubo un error técnico/omisión de una colangiografía intraoperatoria, y ello provocó un retraso en el diagnóstico de la iatrogenia posoperatoria, con posible pérdida de oportunidad al demorar el correspondiente tratamiento.

Frente a tal aseveración, tanto el servicio afectado como la Inspección Sanitaria explican que la colangiografía intraoperatoria es selectiva, no sistemática. Así, el documento de consentimiento informado utilizado por el servicio ya describe la colangiografía como una prueba “*que en algunos casos puede ser necesaria*”, lo que revela una práctica de indicación selectiva y no obligatoria en toda colecistectomía laparoscópica.

Ambos informes reflejan que la mayoría, ente el 70 y el 85% de los casos, de lesiones de vía biliar no se reconocen intraoperatoriamente, sino meses después, como en el presente caso, y la Inspección señala que, cuando la lesión se reconoce intraoperatoriamente, *“se debe realizar una colangiografía inmediata”* para definir la anatomía y planificar la reparación. Ello confirma que tal prueba está ligada a signos intraoperatorios concretos que no se daban en el presente caso, en el que, además, existían elevaciones previas de enzimas, lo que dificulta atribuir la totalidad del perjuicio a la cirugía. En este sentido, la Inspección refiere expresamente que *“... al menos desde 2017 y antes de la cirugía, la paciente ya presentaba elevación analítica de enzimas hepáticas”*.

En este sentido, no resulta ocioso recordar que, como ya indicamos, entre otros, en los dictámenes 171/19, de 22 de abril y 87/20, de 27 de febrero, es evidente que el diagnóstico clínico es un proceso sumamente complejo, que se realiza en función de los síntomas que presenta cada paciente y de la manifestación de los mismos, que permiten al facultativo decidir la realización de pruebas diagnósticas que, a su vez, perfilan el diagnóstico final.

Así, como destaca la Sentencia de la Sala de lo Contencioso Administrativo, del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 13 de enero de 2022 (procedimiento 640/2018): *“La fase de diagnóstico es una de las más importantes y difíciles de la práctica médica a la que se llega después de un proceso de aproximaciones sucesivas que requiere del examen de la historia clínica, la exploración física y las pruebas complementarias pertinentes al caso y que se efectúan progresivamente para llegar al diagnóstico concreto. Se trata de un proceso complejo en el que intervienen muchos factores y en sus primeras fases resulta difícil poder hablar de un error, dado que determinadas sintomatologías pueden sugerir diversas patologías que deben ser, o no, descartadas. No obstante, lo anterior, respecto al error de diagnóstico es importante advertir que para que éste sea generador de responsabilidad es necesario que atendidas las*

*circunstancias del caso y en particular el estado de conocimiento de la ciencia en el momento de producirse el evento lesivo, pueda afirmarse que resultaba factible para el servicio sanitario realizar dicho diagnóstico y que el mismo, de haberse realizado, posibilitara alguna oportunidad de curación. En definitiva, es necesario que la falta de diagnóstico, o bien su error o su retraso sea imputable a la Administración y por ello sea determinante de la lesión del derecho del paciente a un diagnóstico correcto en tiempo oportuno”.*

Pronunciamiento que debe completarse con lo señalado en la Sentencia de 28 de septiembre de 2023, de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, (procedimiento 797/2021), al referirse a la prohibición de regreso, ya señalada anteriormente, indicando al respecto que *“es necesario recordar, como hace la STS, sec. 5ª, de 11 de Julio de 2017 (Rec. 1406/2015) que las condiciones del diagnóstico han de ser valoradas conforme a las circunstancias del momento en que se había de hacer ese diagnóstico y no conforme a la información que en el momento de la sentencia y tras el curso causal, generalmente fatídico o perjudicial se ha desarrollado, pues ello sería crear o valorar condiciones y circunstancias inexistentes o una realidad que no sería tal”.*

En cuanto al supuesto retraso en el diagnóstico con posterioridad a la intervención, los informes obrantes en el expediente señalan que en el postoperatorio inmediato no aparecieron datos clínicos de complicación; el Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo explica que, en esa situación, ni se exigen analíticas adicionales ni, por analogía, pruebas invasivas no indicadas por clínica, manteniéndose el control con drenaje y revisión programada.

Por su parte, la Inspección avala que la actuación fue la habitual y adecuada tras una cirugía laparoscópica complicada, pero sin signos de alarma, insistiendo en que las lesiones suelen aflorar más tarde, tomando

en consideración, además, que en el presente caso la paciente se trasladó a otra comunidad autónoma, lo que dificultó su seguimiento. En este sentido, la historia clínica documenta una evolución hospitalaria estable, con drenaje decreciente y alta al 4º día y revisión a los 30 días sin signos de complicación.

Todo ello lleva a la Inspección Sanitaria a concluir que *“Por tanto, la atención dispensada por el Servicio de Digestivo del HUIL fue correcta y acorde a las recomendaciones clínicas vigentes. Ante la persistencia de enzimas hepáticas elevadas a lo largo del tiempo, se realizó una historia clínica exhaustiva, se amplió el estudio analítico y se solicitaron pruebas de imagen no invasivas (ecografía y fibroScan) que constituyen el protocolo adecuado a seguir.*

*Por otro lado, la paciente realizó cambio a otra comunidad autónoma y no completó el estudio indicado por el Servicio de Digestivo del HUIL, por lo que no se pudo establecer un juicio diagnóstico definitivo por su parte”.*

Por lo anteriormente expuesto, no se aprecia la concurrencia de los requisitos para declarar la existencia de responsabilidad patrimonial.

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 en el Hospital Universitario Infanta Leonor.

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 3 de diciembre de 2025

El Presidente de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 642/25

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid