

Dictamen n.º: **379/23**  
Consulta: **Consejera de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **13.07.23**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 13 de julio de 2023, 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*”), por los daños y perjuicios sufridos que atribuye a la intervención quirúrgica ginecológica realizada en el Hospital Universitario de Móstoles.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** La persona citada en el encabezamiento presentó, el 9 de noviembre de 2020, una reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida al Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) por las consecuencias sufridas por una intervención quirúrgica realizada por el Servicio de Ginecología del Hospital Universitario de Móstoles (HUM).

La reclamante relata que tras ser diagnosticada de endometriosis en un ovario, se le practicó el 7 de noviembre de 2019, una intervención quirúrgica, tras la cual empezó a sufrir dolor abdominal y después, náuseas. Y que tras la realización de un TAC se detectó una obstrucción intestinal por una hernia interna, que señala que “*probablemente fue*

*producida por la primera intervención*”; y que hubo de hacerse una laparotomía urgente el día 12 de noviembre.

La reclamante reprocha que no fue informada del tratamiento a seguir tras la intervención practicada ni de la posible complicación producida, pues ella antes no tenía la hernia; que ha existido negligencia en la primera operación y que después se ha intentado “*ocultar*” ya que ha presentado varias solicitudes, personalmente y por escrito en el hospital pidiendo su historia clínica y que se le han denegado.

Indica que desde ese momento está de baja laboral y que sufre molestias y dolores abdominales que le dificultan la ingestión de alimentos por trastornos del aparato digestivo a consecuencia de las operaciones practicadas. Que sufre un daño moral derivado del tiempo transcurrido y también un perjuicio económico importante al no poder incorporarse a su trabajo por no disponer del alta médica necesaria.

Finaliza indicando que los daños son consecuencia de la deficiente asistencia sanitaria por lo que solicita una indemnización de 47.183,55 euros, sin especificar los conceptos.

El escrito de reclamación se acompaña de copia del DNI, documentación médica del HUM, solicitudes de acceso a los datos personales formuladas al citado hospital y su respuesta.

El 10 de noviembre de 2020 vuelve a presentar en el registro del Ayuntamiento de Móstoles el mismo escrito de reclamación acompañada de la documentación referida (folios 1 a 46 del expediente administrativo).

**SEGUNDO.-** Del estudio del expediente resultan los siguientes hechos (en el HUM) de interés para la emisión del dictamen:

1.- La reclamante, de 44 años de edad en la fecha de los hechos, acude a Urgencias el día 2 de junio de 2018, por dolor abdominal. La paciente tiene un ciclo menstrual normal, la exploración ginecológica se informa normal. Exploración abdominal: dolor a palpación de ambas fosas ilíacas, sin signos de irritación abdominal. Se le realiza ecografía vaginal y se interconsulta al Servicio de Ginecología. Se le da de alta el mismo día con juicio diagnóstico de dolor abdominal inespecífico (folios 48 y ss) y se encarga otra ecografía que se realiza el día 7 de ese mes.

El 8 de junio, la paciente acude a la consulta de Ginecología y se le informa el resultado de la ecografía que, en el ovario derecho muestra dos formaciones redondeadas de 55x27x30 mm y 55x24x20mm compatibles con endometriomas.

El día 26 de septiembre, se realiza nueva ecografía y la paciente acude a la revisión en consulta al día siguiente. El resultado se informa sin cambios significativos respecto de la anterior.

Ya en el año 2019, acude a revisión el día 28 de marzo y la paciente refiere persistencia de dismenorrea. A la exploración, el abdomen es globuloso, sin masas, ni otras alteraciones. La ecografía realizada ese mismo día muestra endometrioma del ovario derecho con significativo crecimiento (104x65x83mm) respecto a anteriores ecografías. En el ovario izquierdo se aprecia una imagen econegativa de 14mm. Se la explica la indicación quirúrgica mediante laparoscopia y anexectomía derecha, planteando también salpingectomía izquierda profiláctica de cáncer de útero. Se la incluye en la lista de espera quirúrgica y se le entregan los documentos de consentimiento informado para la anexectomía, que firma ese mismo día, y para la anestesia que firma el 11 de abril.

En la consulta del día 9 de agosto, acude para programar la cirugía, pero ésta se retrasa por problemas familiares de la paciente.

El 8 de octubre (folios 62 y ss) acude a Urgencias por dolor abdominal, náuseas y vómitos la noche anterior. Queda ingresada y tras la analítica correspondiente se pauta panteoprzol intravenoso. La evolución es favorable y se le da de alta el día siguiente con diagnóstico de epigastralgia secundaria a gastritis.

El 7 de noviembre de 2019, ingresa en el hospital a las 13.30 horas para la laparoscopia programada (folios 71 y ss). Se realiza la anexectomía derecha y salpingectomía izquierda por laparoscopia reconvertida en laparotomía de Pfannenstiel por un cuadro de adherencias severo.

El protocolo quirúrgico objetiva *“quiste endometriósico de unos 12 cm. Adherencia completa de parte distal de trompa derecha a quiste endometriósico descrito. Adherencias laxas a peritoneo abdominal. Adherencias firmes de quiste a pared posterior uterina y ligamento ancho derecho. Útero de superficie regular y con importantes adherencias en cara posterior a espacio de Douglas, inmóvil. Ovario izquierdo de características normales. Trompa izquierda levemente abigarrada sin hallazgos patológicos. Múltiples implantes endometriósicos a nivel de epiplón, plica vesicouterina y peritoneo de pared abdominal”*.

El día 10, la paciente sufre dolor en el epigastrio y en el flanco izquierdo; las deposiciones son líquidas, tiene náuseas y un episodio de emesis. Tras la analítica correspondiente se pauta sueroterapia, amoxicilina, analgesia intravenosa y dieta absoluta.

Al día siguiente se produce un empeoramiento del cuadro clínico, con náuseas y vómitos biliosos, con un mal control del dolor, pero sin fiebre. Mantiene las constantes normales. La exploración del abdomen es: blando, depresible, doloroso a la palpación en el epigastrio e hipocondrio. La radiografía de abdomen muestra una dilatación de las asas del intestino delgado en el hipocondrio izquierdo. Se realiza un TAC abdominopélvico con contraste, de carácter urgente, que informa:

*“dilatación de asa de yeyuno localizadas en hipocondrio y flanco izquierdos, con cambio de calibre a nivel de raíz del mesenterio, hallazgos que en su conjunto y dado el antecedente de cirugía previa, no pueden descartar que se trate de una obstrucción intestinal por hernia interna. Mínima cantidad de líquido libre peritoneal postquirúrgico e imagen de colección en FID de las características descritas. Mínimas burbujas de neumoperitoneo quirúrgico. Resto de los hallazgos según informe principal”.*

Se valora la situación y en la madrugada del día 12, se decide una laparotomía exploradora urgente, de la que se informa 4:11 horas a la paciente verbalmente y se realiza por el Servicio de Cirugía General y Digestiva: apertura por planos, evisceración de todo el intestino delgado resolviendo la probable hernia interna. Retirada de todos los restos de implantes endometriósicos visibles del intestino y de la cavidad abdominal. No se aprecian signos de sufrimiento de las asas.

En el evolutivo del Servicio de Cirugía General y Digestiva de los días 12 y 13 de noviembre, se rechaza realizar la exéresis quirúrgica de los implantes endometriósicos en la visualización intraquirófano *“por su tamaño milimétrico y ser la paciente candidata a tratamiento médico de la enfermedad endometriósica residual”.*

La paciente presenta una mejoría progresiva clínica y analítica, aunque refiere que persisten las molestias abdominales. Tolerancia a la alimentación sin náuseas ni vómitos; micción, deposición y expulsión de gases normales. La exploración del abdomen: blando, depresible, doloroso a palpación en la zona quirúrgica. El día 18 de noviembre se le da el alta hospitalaria, con control en consultas. Las recomendaciones al alta (folio 75) son acudir a Urgencias si hay sangrado vaginal o fuerte dolor que no se controle con la analgesia pautada. Se aconseja incorporación paulatina a su vida habitual, alimentación equilibrada,

ingesta de líquidos adecuada (dos litros diarios de agua y alimentos ricos en fibra (fruta y verdura).

El 4 de diciembre, la paciente acude a Urgencias por dolor abdominal que refiere desde la cirugía, de predominio en mesogastrio y epigastrio, sensación distérmica y náuseas; afebril. En la exploración física el abdomen está blando, depresible y doloroso a la palpación en el epigastrio. Se le hace radiografía de abdomen. El diagnóstico es dolor abdominal inespecífico sin datos de patología urgente y se pauta analgesia.

El día 18 de ese mes acude a la consulta de Ginecología, se realiza ecografía, que objetiva en el ovario izquierdo una imagen econegativa de 18 mm, de aspecto funcional.

2.- El 20 de enero de 2020 en la consulta de Digestivo, la paciente sigue refiriendo dolor abdominal, sin vómitos y con la deposición normal.

El 19 de febrero en la revisión de Ginecología se valora el dolor crónico por la endometriosis. Se informa a la paciente y se la recomienda un tratamiento médico con Decapeptyl trimestral y la inserción quirúrgica de un dispositivo intrauterino (DIU) hormonal.

En la consulta del 15 de julio, acude para la inserción programada del DIU hormonal, que sin embargo, no se realiza al ser rechazada por la paciente, tras recibir la información del tratamiento verbal y escrita en el documento de consentimiento informado.

Solicita la derivación al Servicio de Digestivo, donde acude a consulta el 21 de ese mes. Refiere molestias digestivas difusas en el epigastrio, flatulencia, sin náuseas ni vómitos. En la exploración: abdomen blando, depresible, doloroso a palpación en epigastrio. No masas. Se realiza un TAC abdomino pélvico que se informa el 11 de

agosto: “*asas intestinales de morfología y distribución dentro de la normalidad sin datos que sugieran obstrucción ni cambios de calibre, recordar la escasa sensibilidad de esta prueba para la valoración de implantes endometriósicos. Imagen quística anexial izquierda sin cambios*”.

Hay revisiones posteriores en ambos servicios hospitalarios y según refiere la Inspección, la paciente recibe el alta laboral el día 14 de mayo de 2021.

**TERCERO.-** Presentada 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).

Así, consta en el expediente remitido, el informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología de fecha 20 de noviembre de 2020 (folios 133 y 134), en el que se resume la atención dispensada a la paciente indicando que la intervención quirúrgica que se practicó fue la anexectomía derecha con salpinguectomía izquierda por laparoscopia que se *reconvirtió* a laparotomía por la presencia de un cuadro de adherencias severo y que la intervención cursó sin incidencias. Que fue cuando se realizó el TAC el día 12 de noviembre, cuando se constató la dilatación de las asas en el hipocondrio y flanco izquierdos, hallazgos que no permiten descartar una hernia interna. Se contactó con el Servicio de Cirugía y ante la posibilidad de obstrucción intestinal secundaria a la hernia interna y se decide laparotomía urgente y que el postoperatorio transcurrió sin incidencias.

Respecto de la reclamación, el informe indica que no hay ninguna prueba según el protocolo quirúrgico, de que la causa del dolor abdominal que motivó la segunda laparotomía fuera por la presencia de una hernia interna. Y que la paciente firmó un documento de

consentimiento informado previo a la cirugía donde se enumeran las posibles complicaciones. Además, en repetidas ocasiones se le informó de su proceso de la presencia de un cuadro de endometriosis y se le ofreció tratamiento médico con Decappetyl, que sí siguió, y la colocación como tratamiento crónico de un DIU hormonal, que rechazó.

En el informe emitido por el Servicio de Cirugía General y Digestiva de fecha 22 de noviembre de 2020, se señala que tras la primera intervención quirúrgica, la paciente recuperó el tránsito intestinal *“sin datos clínicos, analíticos ni de imagen que justifiquen una obstrucción intestinal como aparece reflejado en Selene”*. Refiere los hallazgos del TAC y la necesidad de la segunda intervención urgente, en la que se evidencian implantes múltiples de endometriosis en la cavidad, sin evidencia de hernia interna. Finaliza diciendo que no ha existido en el proceso ninguna complicación secundaria a las cirugías realizadas.

Consta también en el expediente el informe de la Inspección Sanitaria de fecha 8 de agosto de 2022, que tras analizar la historia clínica de la interesada, los informes emitidos en el curso del proceso y realizar las oportunas consideraciones médicas sobre la endometriosis, su tratamiento y la cirugía aplicable, señala que las intervenciones realizadas fueron correctas. Y que la paciente fue debidamente advertida en el documento de consentimiento informado firmado de los posibles riesgos de la intervención. Concluye que el dolor abdominal crónico es la manifestación clínica de la endometriosis diagnosticada a la paciente; que no se ha objetivado complicación de las cirugías realizadas para el tratamiento de la endometriosis. Y que la paciente rechazó voluntariamente, el tratamiento médico recomendado de la endometriosis sintomática con un DIU hormonal tras recibir la información verbal y escrita.

Una vez instruido el procedimiento se confirió trámite de audiencia a la interesada, que consta notificado el 21 de febrero de 2023, sin que se hayan presentado alegaciones.

Finalmente, el 17 de mayo de 2023, se formuló propuesta de resolución en la que se desestima la reclamación al no haberse acreditado mala praxis y no ser antijurídico el daño sufrido por la reclamante.

**CUARTO.-** El 23 de mayo de 2023 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 consulta del expediente 292/23 a la letrada vocal Dña. Silvia Pérez Blanco que formuló y firmó la propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en la sesión referida en el encabezamiento de este dictamen.

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 € y a solicitud 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 se regula en la LPAC.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4 de la LPAC y 32 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), en cuanto es 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, integrado en su red hospitalaria.

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, la reclamante denuncia la mala *praxis* que, en su opinión, se produjo en la primera cirugía realizada el 7 de noviembre, por lo que recibiendo el alta hospitalaria el día 18 de noviembre de 2019, cabe entender formulada en plazo legal la reclamación presentada el 9 de noviembre de 2020.

En cuanto al procedimiento, no se observa ningún defecto en su tramitación. De acuerdo con el artículo 81 de la LPAC, se han recabado informes del Servicio de Ginecología y Obstetricia y del Servicio de Cirugía General y Digestiva del HUM y además, el de la Inspección Sanitaria.

Asimismo, consta que se otorgó el trámite de audiencia a la reclamante conforme al artículo 82 de la LPAC 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, 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 en los artículos 32 y siguientes de la LRJSP, completado con lo dispuesto en materia de procedimiento en la ya citada LPAC. La Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Contencioso, 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 reiterada jurisprudencia, por todas, la Sentencia del Tribunal Supremo de 17 de julio de 2015 (recurso de casación 3547/2013) y las que en ella se citan, 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.

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 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”*.

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* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios, por cuanto que la medicina no es una ciencia exacta y lo que procede es analizar si se actuó conforme a la buena praxis médica exigible en ese momento.

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 del 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 este caso, la reclamante dirige su reproche a la actuación del Servicio de Ginecología y Obstetricia del HUM al que imputa una negligencia en la intervención quirúrgica realizada, ya que dice que ésta le provocó una hernia intestinal, que ella no tenía antes. Reprocha además, una falta de información relativa a la cirugía y a sus consecuencias. Y como reproche general al hospital, la negativa a entregarle un informe con su historia clínica.

Expuestos así los términos de la reclamación, para exigir responsabilidad patrimonial a la Administración sanitaria es necesario que se haya producido -conforme lo señalado en la consideración jurídica anterior- una infracción de la *lex artis*. Así, el Tribunal Supremo, en numerosas ocasiones, por todas, la Sentencia de 19 de mayo de 2015, (recurso 4397/2010) ha señalado que *“no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad*

*objetiva más allá 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 (...)*”.

Así, analizaremos los reproches de la reclamante, partiendo de lo que constituye la regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación, por mor del artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

En este sentido se ha pronunciado, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 12 de noviembre de 2018 (recurso 309/2017) y se reitera en la de 11 de marzo de 2020 (recurso 829/2017) señalando que *“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”*.

Pues bien, la reclamante no ha aportado al procedimiento ninguna prueba como podría ser un dictamen pericial, ni criterio médico alguno que sirva para apoyar la acusación de una negligencia en la primera cirugía realizada; cuya necesidad -por otra parte- no discute.

Así, imputa sin más una mala praxis en la intervención quirúrgica por el mero hecho de que días después y estando todavía hospitalizada aparecieran vómitos, náuseas y dolores abdominales. Sin embargo, en el protocolo quirúrgico no constan complicaciones en la intervención; y después, según refiere el Servicio de Cirugía General y Digestiva, la paciente recuperó el tránsito intestinal. Este servicio hace hincapié en que en el visionado del programa *Selene* no se aprecian “*datos clínicos, analíticos ni de imagen que justifiquen una obstrucción intestinal*”.

Cuando días después se agrava la situación de la paciente, la reacción de los facultativos fue rápida y tras la realización de un TAC urgente, se decide la segunda intervención que consta explicada verbalmente en la historia. El informe del citado servicio, hace referencia a que “*se objetivaron implantes múltiples de endometriosis en la cavidad, sin evidencia de un punto concreto de obstrucción, ni de hernia interna*”. Finaliza diciendo que no ha existido en el proceso ninguna complicación secundaria a las dos cirugías practicadas.

La Inspección Sanitaria señala expresamente que en el caso dictaminado “*el dolor abdominal crónico es la manifestación clínica de la endometriosis diagnosticada*” a la paciente, y no de una mala realización de la cirugía, a cuya conclusión hemos de estar. Por ello, los dolores abdominales que alega en su reclamación (interpuesta cuando todavía seguía en proceso de recuperación) no son motivadas por una mala praxis.

Por lo que se refiere a la alegación de falta de información, vemos que tal y como hemos referido en el antecedente de hecho segundo punto 1 de este dictamen, tras el diagnóstico en el año 2018 de una endometriosis, consta que en la consulta de 28 de marzo de 2019 se le da información verbal sobre la intervención que se le propone realizar y figura el documento de consentimiento informado (folios 65 y ss) debidamente fechado el mismo 28 de marzo de 2019, y firmado tanto

por la paciente como por la médica, para la intervención quirúrgica de anexectomía, con la descripción de la operación, las alternativas posibles y los riesgos que comporta tanto la intervención en sí, como los posteriores efectos dañosos posibles.

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

Como viene señalando este órgano consultivo, la finalidad de la información es permitir al paciente tomar la decisión de someterse a la técnica médica de que se trate con conocimiento de los riesgos que pueden derivarse de la misma, según tiene declarado el Tribunal Constitucional en su Sentencia 37/2011, de 28 de marzo.

En el supuesto presente, podemos decir que la paciente estaba debidamente informada tanto en la consulta como por escrito en el citado documento, en el último párrafo expresamente se declara *“he comprendido perfectamente todo lo anterior, he podido aclarar las dudas planteadas, y doy mi consentimiento para que me realicen dicha intervención. He recibido copia del presente documento”*.

A mayor abundamiento, la paciente también ha sido informada del tratamiento posterior, dado que -ya en el año 2020- por el Servicio de Ginecología se le pauta en la consulta del mes de febrero, Decapeptyl trimestral y la inserción quirúrgica de un dispositivo intrauterino (DIU) hormonal. La paciente sigue el tratamiento primero, no así el segundo, ya que consta en la historia que tras referir la información verbal y leer el documento de consentimiento informado, lo rechaza voluntariamente.

En resumen, el daño alegado por el “*tiempo transcurrido*” por la recuperación después de las intervenciones, no es un daño antijurídico y, en consecuencia, tiene el deber de soportarlo.

Para finalizar, respecto de la documentación clínica solicitada al Servicio de Atención al Paciente del HUM, el 18 y el 21 de noviembre de 2019, vemos que sí se le contestó ya que le fue remitida una carta de Dirección del hospital el día 29 del mismo mes en la que se le informa del procedimiento administrativo a seguir para disponer de la documentación solicitada.

De hecho sí la ha recibido, ya que se ha aportado con la reclamación, los informes de alta de hospitalización y los protocolos quirúrgicos de las intervenciones, así como el informe de alta de cuidados de Enfermería. Es decir, también se ha recibido con posterioridad a las intervenciones, la información relativa al proceso asistencial.

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

## **CONCLUSIÓN**

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado la existencia de mala praxis en la asistencia sanitaria y no ser antijurídico el daño soportado por 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 13 de julio de 2023

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 379/23

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid