

Dictamen n.º: **417/23**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **27.07.23**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 27 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., por los daños y perjuicios derivados de la intervención quirúrgica de apendicitis realizada en el Hospital General de Villalba (HGV).

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El expediente de responsabilidad patrimonial trae causa de un escrito presentado en el Servicio de Correos el 25 de noviembre de 2021 por la persona indicada en el encabezamiento, en el que manifiesta que fue el 16 de abril de 2021 acudió a Urgencias del HGC por dolor abdominal siendo diagnosticada de apendicitis, de la que fue operada horas después sin firmar ningún consentimiento.

Añade que, el posterior día 20 de abril tuvo que acudir de nuevo Urgencias de ese centro por afectación sensitiva cutánea femoral con dolor neuropático, atribuida inicialmente a una hernia que luego no se apreció en resonancia magnética, y que ella considera causada por la

operación de apendicitis. El escrito también reprocha la mala asistencia de la que califica una secuela de la cirugía.

En la reclamación inicial no cuantifica la indemnización que solicita, lo que hace en escrito posterior fechado el 2 de marzo de 2022 en el que fija la cuantía indemnizatoria que reclama en 61.087,50 euros.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación, el órgano instructor solicitó la historia clínica, pudiéndose extraer los siguientes hechos de interés:

La reclamante, nacida en 1982, acude a Urgencias del HGV el 16 de abril de 2021 a las 12:17 horas, por dolor en epigastrio asociado a náuseas sin llegar al vómito. Tras realizar analítica y ecografía abdominal se sospecha de apendicitis, lo que es confirmado por el Servicio de Cirugía a las 15:08 de ese mismo día y pasando a un box para quirófano a las 15:12 h.

A las 16:51 h. se realizó TAC que objetiva apendicitis aguda retrocecal, y se decide intervención quirúrgica urgente explicando el procedimiento y posibles complicaciones a la paciente, que comprende y accede.

A las 19 horas se anota que se habla con anestesia para operar, pero se retrasa por falta de equipo de Enfermería en ese momento.

Finalmente, se realiza cirugía laparoscopia de apendicitis a las 21:45 h., con posoperativo favorable, por lo que es dada de alta hospitalaria el siguiente día 17 de abril.

El día 20 de abril de 2021, la paciente acude nuevamente a Urgencias por presentar dolor en extremidad inferior derecha y entumecimiento en cara anterior del muslo derecho desde el mismo día

del postoperatorio, el 17 de abril. Es valorada por Neurología, quien considera afectación dolor neuropático y afectación sensitiva en territorio de 4.^a vértebra lumbar o afectación femorocutáneo lateral derecha, pautándose tratamiento médico para el mismo y seguimiento en consultas, así como solicitando una resonancia magnética, un electromiograma y unos potenciales evocados.

El día 26 de abril de 2021 se realiza resonancia magnética que no describe alteraciones que sugieran afectación de raíces nerviosas a la altura de la 3.^a y 4.^a vértebra lumbar.

El día 13 de mayo de 2021 se realiza electromiograma de miembros inferiores, mostrando signos concordantes con afectación de nervio femorocutáneo derecho compatible con el diagnóstico de meralgia parestésica, y descarta afectación de raíces nerviosas a la altura de la 3.^a y 4.^a vértebra lumbar.

El día 19 de mayo de 2021 se valora a la paciente en consulta presencial se objetiva cierta mejoría de sintomatología de la paciente sin llegar a su desaparición y se decide, dada la persistencia de la sintomatología, derivación a consultas de rehabilitación para valoración y si precisa tratamiento.

El día 28 de mayo de 2021 es valorada por rehabilitación, donde comienza con sesiones de rehabilitación y revisión en 3 semanas por su parte.

En revisiones de consultas de rehabilitación el 18 de junio de 2021, la paciente describe cierta mejoría de síntomas, pero persiste con aumento de sensibilidad en el territorio afecto. Se le ofrece tratamiento con corticoesteroides (infiltración), que declina por haber solicitado una segunda opinión en otro centro.

El 29 de julio de 2021 desde Atención Primaria se solicita a través de consulta telemática información al Servicio de Rehabilitación sobre cómo actuar, dado que la paciente refiere persistencia de la sintomatología y solicita valoración de infiltración. Al día siguiente se realiza la infiltración y se inician sesiones de iontoforesis.

El día 6 de agosto de 2021 se realiza consulta telefónica con la paciente por parte de servicio de Rehabilitación, refiere molestias en relación con el procedimiento realizado, pero desea continuar con sesiones.

El 13 de agosto de 2021 se cita a la paciente a través del servicio de Neurología para realizarse potenciales evocados, rechazando la paciente realizárselo en esa ocasión y realizándose el día 20 de agosto de 2021. En dicha prueba se confirman hallazgos compatibles con lesión de nervio femorocutáneo derecho compatibles con meralgia parestésica.

El día 27 de agosto de 2021, tras haberse realizado 6 sesiones de iontoforesis e infiltración, acude a revisión en consultas de rehabilitación, describiendo la paciente menor frecuencia e intensidad de los calambres.

El día 17 de septiembre de 2021, en consulta telefónica de Rehabilitación, la paciente describe empeoramiento del dolor con el incremento de la actividad, así como posible afectación de musculatura cuadriceps. Por esto se solicita resonancia magnética de pelvis y muslo y valoración por parte de servicio de Traumatología.

El 5 de octubre de 2021 se valora en consultas de rehabilitación las exploraciones solicitadas, descartando alteraciones a nivel de musculatura cuadriceps. Asimismo, ese día es valorada en consultas de Traumatología para descartar patología a nivel de cadera. Desde el punto de vista traumatológico consideran diagnóstico de meralgia parestésica

derecha y se deriva a Unidad del Dolor para valorar radiofrecuencia (RDF) del nervio femorocutáneo.

El día 19 de octubre de 2021 es valorada en consultas de rehabilitación, donde refieren mala evolución clínica con dificultad para la sedestación con mala tolerancia por dolor y se decide plantear posibilidad e indicación de neurografía por resonancia magnética.

El día 27 de octubre de 2021 acude a consultas de Unidad del Dolor, donde indican realizar RDF de nervio femorocutáneo derecho.

TERCERO.- Incorporada al procedimiento la historia clínica de la reclamante remitida por el centro privado concertado, cuyo contenido esencial se ha recogido anteriormente, se procedió a la instrucción del expediente y, conforme a lo dispuesto en el artículo 81 de la LPAC, se ha incorporado los informes de los servicios intervinientes.

Así, con fecha 17 de febrero de 2022 se emite informe por el Servicio de Urgencias en el que se analiza la actuación en las tres ocasiones en las que la reclamante acudió, especificando respecto al reproche de la falta de consentimiento que correspondía su obtención al Servicio de Cirugía, que se hizo cargo de la paciente una vez se alcanzó el diagnóstico de apendicitis.

El informe del Servicio de Cirugía y Aparato Digestivo de fecha también 17 de febrero de 2022, analiza la meralgia parestésica, que la reclamante atribuye a la intervención de apendicitis llevada a cabo por ese servicio, y niega la relación de causalidad al explicar que el nervio femorocutáneo está en una estructura muy protegida lejos de la localización del apéndice, añadiendo que esa lesión se considera en la mayoría de los casos idiopática, sospechándose causado por obesidad, ascitis, cinturón apretado, llevar objetos pesados, carreras de larga

distancia y determinadas cirugías, como las de columna vertebral, prótesis de cadera o bypass aorto-femoral, pero que no se ha descrito casos de meralgia derecha en intervenciones sin incisiones de la pared en el lado derecho, habiendo únicamente dos casos extremadamente raros recogidos en la literatura científica de apendicetomía, pero que por la técnica y localización de los trocares no son equiparables al supuesto de la reclamante.

Respecto a la falta de información, el jefe del Servicio de Cirugía expone que, al ser una intervención de urgencias, se recabó el consentimiento informado verbal, como consta en la historia clínica.

El Servicio de Neurología emite su informe el 18 de febrero de 2022 en el que explica su actuación, y refiere que se hizo un diagnóstico de urgencias y otro más concreto través de las pruebas necesarias, ofreciendo el tratamiento farmacológico y no farmacológico para los síntomas de la paciente.

Se ha incorporado también informe de la Inspección Médica con aportación de abundante bibliográfica científica. En ese informe, tras describir la historia clínica expone que la mayoría de los casos de meralgia parestésica tienen un origen idiopático, relacionado generalmente con la compresión del nervio en su paso por el ligamento inguinal, varios de los motivos descritos incluyen la obesidad, embarazo, compresión local por uso de cinturón, así como traumas agudos o presión prolongada aplicada localmente (Parisi et al., 2011; William S David, 2023). Además, refiere que existe el concepto de meralgia parestésica postoperatoria, relacionada con cirugías que afecten a la columna vertebral, espina iliaca, prótesis de cadera o herniorrafias mediante laparoscopia, entre otros, y existen en la literatura casos relacionados con la colocación en decúbito prono (Juhl et al., 2016) de la paciente durante una intervención quirúrgica. Considera el inspector que la actuación fue

correcta, igual que el seguimiento de la lesión y que, si bien no hubo información al respecto, se trataría de una complicación excepcional del que solo ha encontrado un caso en la literatura científica, y que no está recogido en los modelos de consentimientos informados para apendicetomía.

Sin la práctica de más actos de instrucción, se confiere trámite de audiencia, presentando, la reclamante, escrito de alegaciones fechado el 22 de mayo de 2023 ratificándose en su reclamación inicial.

El 16 de mayo de 2023 se presentan alegaciones por el centro privado prestador del servicio sanitario reprochado, en las que viene a interesar la desestimación de la reclamación.

Finalmente, el 16 de junio de 2023 se formula propuesta de resolución por el viceconsejero de Gestión Económica, en la que concluye desestimando la reclamación, al considerar que no concurren los presupuestos para la declaración de responsabilidad patrimonial.

CUARTO.- El 3 de julio de 2023 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la preceptiva solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente al letrado vocal Don Carlos Hernández Claverie, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 27 de julio de 2023.

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 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 reclamar en la condición de perjudicada por la asistencia sanitaria que considera deficiente.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, en tanto que la asistencia fue dispensada en un centro sanitario vinculado contractualmente a su red sanitaria pública y fue prestada a la reclamante por su condición de titular de la asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud, y ello sin perjuicio de que proceda repetir contra el citado centro hospitalario en caso de apreciarse responsabilidad patrimonial.

A este respecto esta Comisión viene reconociendo en numerosos dictámenes (323/20 de 28 de julio, 222/17 de 1 de junio, 72/18 de 15 de febrero y 219/18 de 17 de mayo), la legitimación de la Comunidad de Madrid en los supuestos en los que la asistencia sanitaria se presta en centros concertados, siguiendo el criterio mantenido por el Tribunal

Superior de Justicia de Madrid en sentencias como la de 14 de marzo de 2013 (Rec. 1018/2010). En esta misma línea se sitúa la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de las Islas Canarias (Santa Cruz de Tenerife) de 22 de mayo de 2019 (Rec. 68/2019) que, tras destacar que la LPAC no recoge una previsión similar a la disposición adicional 12ª de la LRJ-PAC, considera que, en los casos en los que la asistencia sanitaria a usuarios del Sistema Nacional de Salud es prestada por entidades concertadas con la Administración (como era el caso), se trata de sujetos privados con funciones administrativas integrados en los servicios públicos sanitarios, por lo que no es posible que se les demande ante la jurisdicción civil ya que actúan en funciones de servicio público.

El plazo para el ejercicio del derecho a reclamar, es de un año contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo. (cfr. artículo 67.1 de la LPAC). En el presente caso, la reclamación se presentó el 25 de noviembre de 2021, y la intervención quirúrgica a la que se atribuyen los daños por la reclamante es la realizada el 16 de abril de ese mismo año, lo que pone de manifiesto la presentación en plazo de esa reclamación, sin perjuicio de la fecha de determinación de las secuelas.

Respecto al procedimiento seguido, se ha solicitado y emitido el informe preceptivo previsto en el artículo 81.1 LPAC, esto es, el servicio cuya actuación es objeto de reproche. También consta haberse solicitado informe a la Inspección Sanitaria y se ha incorporado al procedimiento la historia clínica, tras lo cual se ha dado audiencia a los interesados.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el art. 106.2 de la Constitución, que garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley, previsión

desarrollada por la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP) en su título preliminar, capítulo IV, artículos 32 y siguientes.

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:

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”*.

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

Según la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (Sección 4.ª) de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación 4397/2010), la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, como reiteradamente ha señalado dicho Tribunal (por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012 (recurso de casación núm. 4229/2011) y 4 de julio de 2013, (recurso de casación núm. 2187/2010)) que *“no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la*

sanidad o la salud del paciente”, por lo que “si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido” ya que “la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados”.

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la lex artis y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones.

QUINTA.- Entrando a analizar en el supuesto concreto la existencia de los elementos antes mencionados, la reclamante dice que ha habido una incorrecta y negligente realización de la intervención quirúrgica y desatención en el seguimiento y tratamiento de las secuelas. Asimismo, reprocha una falta de información para la cirugía de apendicitis.

Respecto a la primera afirmación la realiza la reclamante sin aportar ningún informe pericial que permita sustentar mínimamente ese reproche, ni siquiera concreta mínimamente en que ha consistido la mala praxis que tan contundentemente afirma.

Como recuerda la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 8 de abril de 2022 (Rec. 1079/2019), las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos,

como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica.

Ciertamente, la valoración de una actuación médica no puede hacerse con un mínimo rigor si no está acompañada de informes médicos que la sustenten, siendo evidente que las opiniones subjetivas de los legos en la materia, no pueden sustentar por si solas una responsabilidad patrimonial del servicio sanitario.

En el caso que nos ocupa, ni de la historia clínica ni de la valoración que de ella hace la Inspección Médica se atisba que haya habido falta de diligencia o desatención ni ante la apendicitis por la que acudió a urgencias ni de la lesión que la reclamante atribuye a la cirugía, entendemos que por razones únicamente temporales.

Respecto al diagnóstico y abordaje de la apendicitis, se constata en la historia clínica que su diagnóstico se hizo de manera definitiva en apenas tres horas desde el ingreso y pese a mostrar como unos síntomas dolor en el epigastrio.

Por otra parte, la intervención quirúrgica imprescindible ante la apendicitis se realizó por laparoscopia y, según palabras del inspector médico, *“fue acorde a lo indicado en guías de práctica clínica (Fisterra, 2021; Social, 2009), sin ser la misma negligente ni encontrar en la historia clínica indicios que sugieran que haya sido incorrecta”*.

Respecto al dolor neuropático en la extremidad inferior derecha, al haber aparecido cuatro días después de la cirugía se asocia por la reclamante a la misma. No obstante, tanto el informe del jefe del servicio interviniente como el inspector médico a través de razonamientos técnicos muy detallados y basados en la literatura científica ponen en duda esa relación de causalidad. Así, según se describe en esos informes el nervio

femorocutáneo está separado del ciego y el apéndice por varias capas anatómicas muy difíciles de atravesar, y su afectación por intervenciones quirúrgicas se suele producir en las de la columna vertebral, resección de la cresta iliaca o prótesis de cadera y su aparición tras apendicetomía es extremadamente rara siendo casos puntuales los que se han descrito en la literatura médica.

En todo caso, siendo la neuralgia parestésica una consecuencia indirecta de la intervención, de la infección previa o de cualquier otra circunstancia de coincidencia temporal es lo cierto que se realizó un adecuado diagnóstico diferencial a través de resonancia magnética y electromiogramas, teniendo en cuenta que, según recoge el inspector médico, debe descartarse compresión nerviosa a nivel lumbar, radiculopatías lumbares, así como diabetes, enfermedades vasculares y enfermedades pélvicas, entre otras.

Frente a las afirmaciones de la reclamante, la Inspección Médica, cuya objetividad y cualificación profesional hace que su criterio merezca especial valoración, considera que el seguimiento y tratamiento de la neuralgia parestésica se ha realizado de acuerdo a las prácticas de guía clínica actualizada y revisiones de la literatura más recientes (Fisterra, 2023; Khalil et al., 2012), con un seguimiento adecuado, explorando diferentes diagnósticos y ofertando alternativas terapéuticas, así como con la realización de exploraciones complementarias. Por tanto, solo cabe concluir que el abordaje de la lesión fue correcto, no apreciando mala práctica ni la falta de seguimiento que la reclamante, sin argumentación alguna, sostiene.

Más razón puede asistir, en principio, a la reclamante respecto a la falta de información. A este respecto, consta en la historia clínica que, con carácter previo a la cirugía de apendicitis se le informó verbalmente de la misma y sus complicaciones, dando la paciente su consentimiento oral,

pero sin que conste la información y aceptación escrita. A este respecto, como recuerda el Tribunal Supremo en su Sentencia de 4 de diciembre de 2012, con cita de la de 26 de marzo del mismo año, declaraba lo siguiente: *«resulta claro que tanto la vigente regulación, más detallada y precisa, como la anterior coinciden en un punto esencial, esto es la exigencia del “consentimiento escrito del usuario” (art. 10.6 Ley General de Sanidad, 14/1986, art. 8.2. Ley 41/2002) para la realización de intervenciones quirúrgicas»*.

La ausencia del consentimiento escrito se justifica por el jefe del Servicio de Cirugía por razón de la urgencia de la intervención. Sin embargo, Tribunal Constitucional ha declarado (FJ 7.º) en su Sentencia 37/2011 de 28 de marzo de 2011, estimando un recurso de amparo por quebranto de los arts. 15 y 24.1. CE que *«no basta con que exista una situación de riesgo para omitir el consentimiento informado, sino que aquél ha de encontrarse cualificado por las notas de inmediatez y de gravedad, ninguna de las cuales ha sido objeto de mención y, mucho menos, de análisis por parte de los órganos jurisdiccionales que, como queda dicho, han empleado otros conceptos para justificar que se eludiera la obligatoriedad de la prestación del consentimiento informado, que no sólo no ofrecen una justificación razonable y ponderada, sino que, incluso, suponen un reconocimiento implícito de la carencia de la misma (“urgencia relativa”), como, por lo demás, ponen de relieve de manera patente las circunstancias del caso, atendido al tiempo transcurrido entre el ingreso en la clínica del demandante de amparo y la realización de la intervención, que permitía perfectamente dar cumplimiento a las exigencias legales impuestas en garantía del derecho fundamental a la integridad física del actor»*.

En el caso de la reclamante, se constata en la historia clínica que, desde el diagnóstico definitivo de apendicitis y su entrada en quirófano, estuvo esperando con plena consciencia más de cinco horas, tiempo

claramente suficiente para que se le pudiera proporcionar el documento de consentimiento informado para su firma.

Cabe recordar que la ausencia de consentimiento informado constituye per se una infracción de la *lex artis* y generará un daño moral indemnizable por sí mismo, con independencia de la adecuada técnica quirúrgica, siempre que exista una relación causal entre esa intervención y el riesgo materializado del que se ha omitido la información- En ese sentido, el Tribunal Supremo, en su Sentencia de 2 de noviembre de 2011 (recurso de casación 3833/2009), reitera *«que la falta o insuficiencia de la información debida al paciente (a tener por cierta en el caso de autos ante la duda no despejada sobre el cabal cumplimiento de aquella obligación) constituye en sí misma o por sí sola una infracción de la "lex artis ad hoc", que lesiona su derecho de autodeterminación al impedirle elegir con conocimiento y de acuerdo con sus propios intereses y preferencias entre las diversas opciones vitales que se le presentan. Causa, pues, un daño moral, cuya indemnización no depende de que el acto médico en sí mismo se acomodara o dejara de acomodarse a la praxis médica, sino de la relación causal existente entre ese acto y el resultado dañoso o perjudicial que aqueja al paciente. O, dicho en otras palabras, que el incumplimiento de aquellos deberes de información sólo deviene irrelevante y no da por tanto derecho a indemnización cuando ese resultado dañoso o perjudicial no tiene su causa en el acto médico o asistencia sanitaria (sentencias de este Tribunal Supremo, entre otras, de 26 de marzo y 14 de octubre de 2002 , 26 de febrero de 2004, 14 de diciembre de 2005, 23 de febrero y 10 de octubre de 2007, 1 de febrero y 19 de junio de 2008, 30 de septiembre de 2009 y 16 de marzo, 19 y 25 de mayo y 4 de octubre de 2011)»*. En este mismo sentido se pronuncia la Sentencia del mismo Tribunal de 22 de junio de 2012 (Rec. casación 427/2007)

En el presente expediente, los informes médicos obrantes, como ya hemos analizado, ponen en duda la relación de causalidad entre la apendicetomía y la aparición de la meralgia parestésica.

En todo caso, la aparición de ese evento dañoso sería una complicación extremadamente rara de la que, según refieren el jefe del servicio y el inspector médico, apenas hay antecedentes en la literatura científica, y por consiguiente de la que no debía informarse, al limitarse la obligación, conforme al artículo 10 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, a los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.

En este sentido, es clarificador el informe de la Inspección Médica en el que expone la ausencia de ese riesgo en los modelos habituales de consentimiento informado.

En consecuencia, la ausencia de consentimiento informado resulta irrelevante a efectos de indemnización, en tanto que la lesión que apareció días después de la cirugía, en el caso de que fuera consecuencia de la misma, no constituiría un riesgo que tuviera que ser objeto de información.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no apreciarse daño antijurídico atribuible al servicio sanitario público.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 27 de julio de 2023

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 417/23

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid