

Dictamen nº: **532/16**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **24.11.16**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 24 de noviembre de 2016, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña. M.A.S.M. en relación con los daños ocasionados al dejarle un catéter perdido en el abdomen en el transcurso de una intervención realizada en el Hospital Universitario 12 de Octubre (en adelante, HUDO).

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** El 16 de diciembre de 2015 se presentó una reclamación de responsabilidad patrimonial en una oficina de Correos, con entrada en el Servicio Madrileño de Salud el día 17, en la que se denunciaban los daños y perjuicios sufridos por la defectuosa asistencia sanitaria que dispensaron a la interesada en el transcurso de la intervención realizada el 22 de enero de 2015 en el citado hospital al realizar un cambio de catéter que había sido colocado en junio de 2010.

La reclamación señalaba que, durante la intervención a la que fue sometida, se evidenció la ausencia del catéter distal, que estaba perdido en la cavidad abdominal. La reclamante consideraba que se infringió la *lex artis* al dejar abandonado en el abdomen un catéter de más de un metro, lo que le había ocasionado dolores abdominales continuos, le había obligado a acudir al hospital en repetidas ocasiones -en las que ni el Servicio de Neurocirugía ni en el Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo se hicieron cargo de su asistencia- y había tenido que estar con tratamiento analgésico, lo que le había impedido realizar una vida normal y había sido abocada a una nueva intervención para extraerlo.

De acuerdo con el baremo aprobado por la Dirección General de Seguros, solicitaba una indemnización global de 15.000 € más los intereses legales por los 180 días en los que estuvo impedida para realizar sus actividades, por los 3 días de hospitalización y por la secuela derivada de la nueva intervención para la retirada del catéter.

Acompañó a la reclamación diversa documentación médica relativa a la asistencia sanitaria recibida y anunciaba la aportación de un dictamen pericial cuando se le hiciese entrega de la historia clínica completa.

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

La paciente, de 40 años, fue diagnosticada de cisticercosis que, además de otras complicaciones (infarto vascular del territorio profundo de la cerebral media derecha, meningitis química y alteraciones hepáticas) le ocasionó hidrocefalia, por lo que le fue colocada una derivación ventrículo peritoneal en junio de 2010. En enero de 2015 acudió al Servicio de Neurología del HUDO por cefalea y trastorno de la marcha. Al comprobar que se había producido una disfunción de la derivación por desconexión del catéter distal -que

había migrado a la cavidad abdominal- y que la paciente presentaba clínica de hidrocefalia de tipo obstructivo, se decidió colocar un nuevo sistema valvular.

La intervención se realizó con carácter urgente el 22 de enero de 2015 sin incidencias. No se retiró el catéter distal migrado. Durante el ingreso, el 27 de enero refirió cefalea leve y dolor abdominal pero evolucionó favorablemente y se le dio el alta el 30 de enero.

El 24 de febrero de 2015 acudió al Servicio de Urgencias por presentar cefalea y persistencia de la diplopía por lo que se sospechó el mal funcionamiento valvular pero se descartó al ser normal el estudio que se realizó y que incluyó una exploración, analítica, TC y revisión por el Servicio de Neurocirugía.

El 12 de marzo la paciente acudió al Servicio de Urgencias por dolor abdominal, que fue valorado por el Servicio de Medicina Interna. Tras la exploración y la analítica se descartó la existencia de abdomen agudo, por lo que se le dio el alta hospitalaria.

El 1 de abril volvió al Servicio de Urgencias por dolor abdominal en relación a un esfuerzo que empeoraba con la deambulación. La exploración física fue normal, con abdomen blando y depresible y sin que se objetivasen datos analíticos de complicaciones infecciosas ni de abdomen agudo. Fue valorada por médicos del Servicio de Cirugía del Aparato Digestivo que no consideraron urgente el cuadro al no existir indicios de abdomen agudo y fue citada en consultas externas para valoración y seguimiento del dolor abdominal.

En consultas externas del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, el TC realizado el 8 de abril evidenció un catéter con trayecto subcutáneo anterior hasta la entrada en hemipelvis derecha con terminación en el espacio subfrénico derecho, sin que se mostrasen complicaciones intraabdominales

El 24 de abril, ante la persistencia del dolor abdominal, se solicitó preoperatorio para la extracción del catéter que podía estar provocándole los síntomas.

El 14 de mayo fue evaluada por el Servicio de Anestesiología y finalmente fue intervenida el 19 de junio mediante laparoscopia. En la intervención participaron el Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo (que le extrajo el catéter libre de la derivación ventrículo-peritoneal sin incidentes y sin que se objetivara ninguna complicación intraabdominal relacionada con dicho catéter) y el Servicio de Neurología, que comprobó la buena posición y el normal funcionamiento del catéter colocado en enero.

La evolución postoperatoria fue favorable y se le dio el alta el 20 de junio, sin complicaciones.

**TERCERO.-** Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del expediente conforme a lo previsto en el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (en adelante, RPRP).

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 10 del RPRP, se incorporaron al expediente la historia clínica y los informes de la atención que le fue prestada a la paciente.

Entre los informes aportados consta el informe del Servicio de Neurocirugía, de 12 de enero de 2016 (folios nº 176-178) en el que, tras relatar la asistencia que le fue prestada a la paciente por ese Servicio, explicó que la desconexión de un catéter de un sistema valvular es una complicación conocida en Neurología y que es muy frecuente que el catéter distal migre hacia la cavidad abdominal pero no se suele extirpar o retirar en la primera cirugía si no es accesible porque las complicaciones son excepcionales. En este caso era imposible retirar el

catéter sin realizar una intervención abdominal, dado que el catéter estaba íntegramente alojado en la cavidad abdominal. Señaló la necesidad de sopesar los riesgos de realizar una nueva intervención a una paciente con una derivación ventrículo-peritoneal, con el riesgo de infección del sistema valvular cuando no había certeza de que el cuadro que presentaba la paciente fuera debido al catéter migrado. Y relata que en la intervención para retirar el catéter no se evidenciaron complicaciones relacionadas con el catéter migrado.

También se solicitó informe al Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, que lo emitió de 15 de enero de 2016, (folios nº 179-180 del expediente) en el que se manifestaba que las desconexiones de los catéteres ventrículo-peritoneales están descritas en la literatura científica, con una incidencia del 3,1 %, y que todas las publicaciones confirman que los catéteres ventrículo peritoneales desconectados no suelen producir complicaciones importantes y su presencia es, por lo general, asintomática y bien tolerada, por lo que, para salvaguardar el catéter funcionando de manipulaciones que puedan alterar su funcionamiento o prevenir posibles infecciones, solo deben ser retirados quirúrgicamente cuando sea precisa una intervención por otro motivo para evitar posibles complicaciones o para poder interpretar adecuadamente las pruebas de imagen.

Consta incorporado también el informe de 28 de abril de 2016 de la Inspección Sanitaria que describió el proceso asistencial de la paciente y concluyó que el proceder del Servicio de Neurología fue correcto y conforme a los conocimientos actuales de la Medicina, que los tiempos de espera para consultas y cirugía general son los existentes para todos los ciudadanos de la Comunidad de Madrid –para una cirugía de carácter no urgente es de 52,44 días para el año 2016- y que la asistencia urgente prestada a la paciente en sucesivas fechas ha sido de carácter inmediato, poniendo a su alcance todos los medios

existentes en la actualidad con un servicio del más alto nivel de especialización.

Tras la incorporación al procedimiento de los anteriores informes, se evacuó el oportuno trámite de audiencia a la reclamante que el 3 de agosto de 2016 se ratificó en su reclamación e hizo una crítica de los informes incorporados al expediente porque consideraba que, a pesar de que la desconexión de los catéteres es una complicación conocida, el hecho de mantener un catéter de un metro de largo en el abdomen durante seis meses con los dolores que le producía no es conforme a la *lex artis*, como tampoco lo era que si el tiempo medio de espera en una cirugía no urgente era de 52,44 días, ella hubiese tenido que esperar seis meses para ser intervenida.

El 19 de octubre de 2016 la secretaria general del SERMAS por delegación de firma del viceconsejero de Sanidad, formuló propuesta de resolución que desestimó la reclamación formulada por entender que la asistencia sanitaria prestada fue correcta y respetuosa con el principio de la *lex artis*.

**CUARTO.-** El 27 de octubre de 2016 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid un escrito del viceconsejero de Sanidad por el que, por delegación del consejero de Sanidad, se formuló preceptiva consulta.

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente a la letrada vocal Dña. M.<sup>a</sup> Dolores Sánchez Delgado que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 24 de noviembre de 2016.

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

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes,

### **CONSIDERACIONES DE DERECHO**

**PRIMERA.-** La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 €, y por solicitud delegada del consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

**SEGUNDA.-** La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial se regula en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, según establece su artículo 1.1. No obstante, de conformidad con su disposición transitoria tercera, apartado a), dado que este procedimiento se incoó a raíz de la reclamación remitida al SERMAS el 16 de diciembre de 2015, resulta de aplicación la normativa anterior, esto es, los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante, LRJ-PAC), que han sido desarrollados en el RPRP.

La reclamante está legitimada activamente al amparo del artículo 139 de la LRJ-PAC al ser la persona que ha recibido la asistencia sanitaria que supuestamente le ha causado daños.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, ya que el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado en un centro hospitalario de su red sanitaria asistencial.

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 142.5 de la LRJ-PAC). En el presente caso, la reclamación se presentó el día 16 de diciembre de 2015. Dado que se está reclamando por la intervención de sustitución valvular realizada el 22 de enero de 2015 en el que se dejó un catéter que había migrado y que se retiró el 19 de junio de 2015, debe considerarse que la acción de responsabilidad se ha ejercitado en el plazo legalmente establecido, con independencia de la fecha de curación o de estabilización de las secuelas.

En cuanto al procedimiento, no se observa ningún defecto en su tramitación. De acuerdo con el artículo 10 del RPRP, se ha recabado el informe del servicio médico implicado. Y consta que el instructor del procedimiento solicitó también un informe a la Inspección Sanitaria, que obra en el expediente.

Tras la incorporación de los anteriores informes, se dio audiencia a la reclamante, de conformidad con los artículos 9, 10 y 11 del RPRP, y 82 y 84 de la LRJ-PAC, que formuló alegaciones.

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

**TERCERA.-** La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el 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, previsión desarrollada por la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público en su Título Preliminar, Capítulo IV, artículos 32 y siguientes, y que, en términos generales, coincide con la contenida en los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, requiere la concurrencia de varios requisitos, conforme a lo establecido en el artículo 139 de la LRJ-PAC:

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

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

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

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

*sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”.*

Ha destacado esa misma Sala (por todas, en Sentencia de 16 de marzo de 2016, RC 3033/2014), que es el concepto de lesión el que ha permitido configurar la institución de la responsabilidad patrimonial con las notas características de directa y objetiva, dando plena armonía a una institución como garantía de los derechos de los ciudadanos a no verse perjudicados de manera particular en la prestación de los servicios públicos que benefician a la colectividad, y que ese concepto de lesión se ha delimitado con la idea de constituir un daño antijurídico:

*“(...) lo relevante es que la antijuridicidad del daño es que no se imputa a la legalidad o no de la actividad administrativa -que es indiferente que sea lícita o no en cuanto que la genera también el funcionamiento anormal de los servicios- o a la misma actuación de quien lo produce, que remitiría el debate a la culpabilidad del agente que excluiría la naturaleza objetiva; sino a la ausencia de obligación de soportarlo por los ciudadanos que lo sufren. Con ello se configura la institución desde un punto de vista negativo, porque es el derecho del ciudadano el que marca el ámbito de la pretensión indemnizatoria, en cuanto que sólo si existe una obligación de soportar el daño podrá excluirse el derecho de resarcimiento que la institución de la responsabilidad comporta (...). Interesa destacar que esa exigencia de la necesidad de soportar el daño puede venir justificada en relaciones de la más variada naturaleza, sobre la base de que exista un título, una relación o exigencia jurídica que le impone a un determinado lesionado el deber de soportar el daño”.*

En concreto, cuando se trata de daños derivados de la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público porque el

criterio de la actuación conforme a la denominada *lex artis* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios.

Así, el Tribunal Supremo, en doctrina reiterada en numerosas ocasiones (por todas, la STS de 19 de mayo de 2015, RC 4397/2010) ha señalado que *"(...) no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente, por lo que si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido ya que la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados"*.

**CUARTA.-** La reclamante reprocha a la Sanidad pública la infracción de la *lex artis* por haber dejado dentro del abdomen un catéter desplazado de más de un metro en la intervención realizada el 21 de enero de 2015 y por haber dejado transcurrir seis meses sin retirarlo a pesar de que le estaba provocando continuos dolores que le impedían llevar una vida normal.

Para centrar la cuestión relativa a la supuesta infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales que atendieron a la paciente debemos partir de la regla general de que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este

sentido se ha pronunciado la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 20 de septiembre de 2016 (recurso 60/2014), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

Además hemos de tener presente, como recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en sentencia de 18 de marzo de 2016 (recurso 154/2013) que *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales medicas pues se está ante una cuestión eminentemente técnica y como este Tribunal carece de conocimientos técnicos-médicos necesarios debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos. En estos casos los órganos judiciales vienen obligados a decidir con tales medios de prueba empleando la lógica y el buen sentido o sana crítica con el fin de zanjar el conflicto planteado”*.

En este punto, frente a las alegaciones de la reclamante, que no ha aportado al procedimiento el anunciado informe pericial para sostener la alegación de *mala praxis* médica en que basa la reclamación, los informes médicos que obran en el expediente, contrastados con la historia clínica examinada, ponen de manifiesto que la asistencia que le fue dispensada fue conforme a la *lex artis*.

El Servicio de Neurocirugía señaló que la desconexión de los catéteres valvulares es un hecho frecuente sin que sea necesario retirarlo, si no es accesible, porque es excepcional que produzca complicaciones, y que la retirada mediante una nueva cirugía puede provocar infecciones del sistema valvular. Señaló además que, en este caso, tras la intervención programada para retirar el catéter migrado no se evidenciaron complicaciones producidas por el catéter.

El Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo manifestó que los catéteres ventriculares desconectados no suelen producir complicaciones importantes y su presencia por lo general es asintomática y bien tolerada. Solo se retiran -para evitar

complicaciones y facilitar la interpretación de las pruebas de imagen- si es necesaria una nueva intervención por otra causa y no antes, para salvaguardar el catéter funcionando de manipulaciones que puedan alterar su funcionamiento o posibles infecciones.

El informe de la Inspección Sanitaria comenzaba señalando que la paciente había sido tratada de una enfermedad poco frecuente en España porque no es una zona endémica y manifestó que la decisión de no retirar el catéter en la intervención de la sustitución valvular fue una decisión consciente. Recordó que era una intervención de alta especialización y urgente que, si se hubiera demorado, la paciente no habría sobrevivido y que en ese tipo de intervenciones no se plantea la posibilidad de resolver problemas no urgentes y con escasísima probabilidad de presentar complicaciones, máxime en este caso en el que el catéter migrado no se encontraba accesible para el neurocirujano, cuyo campo quirúrgico no es el abdomen que era donde había migrado el catéter. De forma gráfica señalaba que era como *“pretender que un piloto de avión tripule simultáneamente su aeronave y un barco en el mar”*.

Resaltaba que, en las distintas ocasiones que acudió al Servicio de Urgencias por dolor abdominal, este no presentaba las notas de abdomen agudo por lo que no precisó una actuación urgente, y que, dado que la retirada del catéter no era urgente, era preciso un estudio de la sintomatología que presentaba la paciente y del tipo de cirugía que requería.

Por otro lado, en relación con el tiempo que se tardó en realizar la intervención para la retirada del catéter, no puede considerarse que desde la primera intervención realizada en enero de 2015 fuera necesaria dicha retirada del catéter por lo que no puede estimarse que se tardaran seis meses en hacerlo. Como se exponía también en los informes de los Servicios implicados, la Inspección Sanitaria manifestó

que solo es necesario retirar los catéteres migrados si dan una sintomatología clara porque, si no, no es necesario retirarlos, estando indicado el tratamiento conservador según la literatura médica. Y fue en abril, en la consulta del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, ante la sintomatología que presentaba, las pruebas realizadas y constatada su estabilidad neurológica (consultas de 8 y 15 de abril), cuando se planteó la posibilidad de operar, por lo que solicitó el preoperatorio el 24 de abril. En mayo se realizó el estudio preoperatorio y se intervino el 19 de junio de 2015, con el concurso de los Servicios de Cirugía General y Aparato Digestivo y de Neurocirugía. Señalaba la Inspección Sanitaria que en pacientes complejos en los que es necesario emplear todos los recursos disponibles no se plantea la derivación a otros centros para acortar la lista de espera. Espera que, en este caso, fue acorde con los tiempos medios para consultas y cirugía general en la Comunidad de Madrid.

Por todo ello, concluía la Inspección Sanitaria que la asistencia prestada a la reclamante fue correcta y en ella se pusieron todos los medios existentes en la actualidad para una servicio del más alto nivel de especialización.

A esta conclusión debemos atenernos, dada la relevancia que, en línea con la jurisprudencia, solemos otorgar a los informes de la Inspección Sanitaria, cuyas consideraciones en este caso no han sido desvirtuadas por la reclamante, que no ha aportado prueba alguna en contrario.

En este punto es relevante traer a colación la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 4 de febrero de 2016 (recurso 459/2013) cuando, en relación con los informes de la Inspección Sanitaria, señala que:

*“...sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos*

*jurídicamente relevantes para decidir la litis, puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del médico inspector, y de la coherencia y motivación de su informe”.*

Además, en cuanto al retraso en la realización de la segunda intervención para retirar el catéter, ya hemos visto que no estaba indicada desde la primera intervención sino solo después de comprobar la sintomatología, la buena situación neurológica de la paciente y de la realización de pruebas diagnósticas. Desde el momento en que se indicó la necesidad de la intervención hasta su realización en junio de 2015, en la que fue necesaria la intervención de dos Servicios altamente especializados –y por ello no se consideró la derivación a otro centro-, transcurrieron 58 días, lo que es acorde con los tiempos de espera existentes en la Comunidad de Madrid.

En este punto hay que recordar que no todo retraso es de por sí determinante de la responsabilidad patrimonial y que el sistema de espera ha sido declarado como válido por los Tribunales [sentencia del Tribunal Supremo de 24 de septiembre de 2001 (recurso 4596/1997) y sentencia de la Audiencia Nacional de 29 de octubre de 2003 (recurso 561/2001)].

Tal como recuerda la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana de 26 de octubre de 2011 (PO 211/2006), *“en cuanto a las listas de espera y el daño o perjuicio causado a los pacientes por esta causa solo puede ser indemnizable si es considerado como infracción de la lex artis”* lo que no se ha producido en este caso, como manifestó la Inspección Sanitaria.

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

## **CONCLUSIÓN**

Procede desestimar la reclamación presentada al no haberse acreditado la existencia de *mala praxis* en la atención dispensada a la paciente ni concurrir la antijuridicidad del daño.

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 24 de noviembre de 2016

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 532/16

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid