

Dictamen n.º: **706/24**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **07.11.24**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 7 de noviembre de 2024, 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 D., por los daños producidos por la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario La Paz, en el tratamiento de un quiste hidatídico hepático.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- La persona citada en el encabezamiento –asistida por abogado- presenta, el día 19 de octubre de 2022, una reclamación de responsabilidad patrimonial sellada en una oficina de correos; y después, interpone esa misma reclamación, el día 25 de octubre, en el Registro del Servicio Madrileño de Salud.

En ella señala que, tras hacerse una resonancia magnética en el sector privado, el 3 de noviembre de 2020, se le diagnosticó un quiste hidatídico hepático, y que “*en marzo de 2021*”, acudió al Hospital Universitario La Paz (en lo sucesivo, el hospital), al Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, donde le indicaron la necesidad de operar.

Señala que fue operado en el citado hospital el 20 de octubre de 2021, produciéndosele un desgarro de la vena subhepática, con graves consecuencias, por lo que tuvo que ser re-intervenido, el día 23.

Reprocha que se incurrió en una mala praxis al realizar la intervención quirúrgica sin haber realizado antes las pruebas complementarias necesarias para seleccionar la técnica, y planificar la cirugía –la cual no fue ejecutada de forma adecuada- produciéndose, además, un retraso en atajar las complicaciones derivadas de aquélla. También incide en que no se le entregó ni se firmó el documento de consentimiento informado para la cirugía programada.

Añade que, desde entonces, se encuentra de baja laboral y está en seguimiento por distintos servicios (Cirugía, hematología, Enfermedades infecciosas, Cardiología, Neurología) y en tratamiento de rehabilitación.

Cita la normativa legal y jurisprudencial que considera aplicable, y solicita una indemnización total de 320.427,19 €, por los conceptos y cantidades que se especifican, sin acompañar documentación alguna.

SEGUNDO.- Del estudio del expediente administrativo resultan los siguientes hechos acaecidos en el Hospital Universitario La Paz, de interés para la emisión del dictamen.

1.- El paciente, de 37 años de edad en el momento de los hechos, y sin antecedentes de interés, se realiza una resonancia magnética (RM) el 3 de noviembre de 2020, en un centro privado, tras un traumatismo deportivo, que informa de un voluminoso quiste hidatídico en la confluencia de los segmentos IV y VIII de paredes calcificadas y con discreto contenido degenerativo, hallazgos en relación con estadio V, angioma hepático en segmento III.

Según se refiere en el informe realizado tras la reclamación por el Servicio de Cirugía General, el paciente acude a dicho servicio el día 16

de marzo de 2021: *“es cónyuge de una enfermera del hospital, es valorado en trato de favor por el doctor (...) en su despacho a petición de la misma y fuera del horario de consulta”*. En esta consulta se realiza una anamnesis y el paciente presenta el informe de la RM del centro privado.

El 18 de marzo de 2021, se realiza una analítica y serología, cuyos resultados se informan el 12 de abril: hidatidosis positiva, quiste calcificado (estadio V) que está activo.

El día 8 de abril, se realiza consulta de anestesia por vía telemática: apto, con riesgo anestésico ASA 1.

El día 9 de abril, se presenta el caso al Comité de Tumores Hepatobiliares del Servicio de Cirugía General y Digestiva, por tumoración hepática compatible con hidatidosis, para confirmación diagnóstica y evaluación de posibilidad de cirugía laparoscópica. El comité concluye que la imagen de la RM es compatible con hidatidosis. Se remite al paciente a la Unidad de Infecciosas para tratamiento.

El 22 de abril, el paciente acude a consulta de Medicina Interna (Unidad de Enfermedades Infecciosas) para evaluación de profilaxis quirúrgica por hidatidosis hepática: *“explicamos la enfermedad y su abordaje terapéutico, con tratamiento con albendazol pre y postcirugía y cirugía de resección del mismo para su curación y evitar su recidiva. Explicamos el seguimiento habitual de esta enfermedad con serologías y pruebas de imagen, y los efectos secundarios del albendazol que son transitorios”*. Está pendiente del momento para la cirugía, probable después del verano. El diagnóstico principal es hidatidosis hepática. Se recomienda vacunación frente a virus Hepatitis B en su centro de salud y frente a SARS-CoV-2 cuando esté disponible para su edad.

2.- El paciente acude, el 19 de octubre de 2021 por la tarde, al hospital para la cirugía programada de resección de quiste hidatídico.

El día 20 de octubre, se firma el documento de consentimiento informado para la anestesia general/regional/sedación (folios 295 y 296).

El mismo día 20 tiene lugar la intervención quirúrgica con abordaje por vía subcostal derecha; hallazgos de quiste hidatídico calcificado ya conocido en segmento IV, con intensas adherencias a las venas suprahepáticas derecha e izquierda y con tabique quístico de gran grosor. *“Se inicia liberación del quiste por su parte inferior con CUSA y Thunder a través de periquística controlando mínimos puntos de sangrado; el quiste queda íntimamente adherido a parte superior del hígado con gran dificultad para liberarlo de venas suprahepáticas derecha e izquierda. En esta maniobra se produce lesión longitudinal por desgarro de vena supra hepática derecha. Se realiza clampaje de cava supra hepática, realizándose sutura directa del defecto para controlar la hemorragia y se finaliza la resección. Tras esto se realiza by-pass y recirculación venosa entre cava inferior y vena subclavia. Se aprecian puntos de sangrado que se controlan con sutura directa. Se reparan aberturas en venas supra hepáticas derecha y media.*

Debido a la importante inestabilidad hemodinámica (precisando de 3 vasopresores a dosis plenas) y de anticoagulación sistémica debido al by-pass, se decide hacer un packing con 11 compresas y se cierra la pared en monobloque”.

El paciente precisa de reanimación ingresando en la Unidad de Cuidados Críticos postquirúrgicos. Sufre un shock hemorrágico que precisa transfusión en el intraoperatorio y postoperatorio inmediato, con fracaso multiorgánico asociado. Precisa drogas vasoactivas a dosis máximas en el postoperatorio inmediato. Insuficiencia hepática isquémica secundaria, con mejoría de las enzimas hepáticas y fracaso

renal agudo, sin necesidad de terapia de reemplazo renal continua. Coagulopatía, con necesidad de transfusión.

El 23 de octubre, se objetiva una mejor situación clínica del paciente y se realiza la cirugía programada para retirar *el packing*. La cirugía transcurre sin incidencias: no se precisan más maniobras; se cierra, y se devuelve al paciente a la Unidad de Cuidados postquirúrgicos conectado a ventilación mecánica, hemodinámicamente estable.

Se le hace una PCR por SARS-CoV-2, el día 27, que da negativa.

El paciente permanece en la Unidad de Reanimación hasta el día 2 de noviembre, en que se le pasa a planta. Consciente y orientado, tranquilo y colaborador. No refiere dolor, con la analgesia pautada. Buena diuresis espontánea y sonda vesical retirada. Membro inferior derecho ligeramente aumentado de tamaño, sin aumento de temperatura ni enrojecimiento. No doloroso. En el ecodoppler: sin signos de TVP.

Se realiza interconsulta al Servicio de Cardiología, que le valora el 5 de noviembre, por sus episodios en la Unidad de Reanimación de taquicardia supraventricular. En los antecedentes previos tomados en la anamnesis el paciente afirma *“haber sufrido episodios de palpitaciones paroxísticas previos de entre 5 minutos y 1 hora de duración, con aceptable tolerancia clínica (no se acompañan de disnea, ni hipotensión, ni síncope, ni presíncope) y autolimitadas. Tiene unos 2-3 anuales: últimamente más frecuentes, el paciente lo achaca a estrés laboral. Comentario: hablamos con el paciente y cónyuge (enfermera). Explicamos las alternativas terapéuticas. Ahora mismo es reactivo a procedimientos invasivos por la complicación quirúrgica reciente (...) Comentamos con unidad de arritmias que solicitan ecocardiograma y cita en su unidad”*.

Durante su ingreso hospitalario, se realizaron entre otras, las pruebas de ecografía abdominal y TAC abdominopélvico, el 7 de noviembre: colección en cúpula hepática en el lecho de la cirugía. Alteración de la perfusión hepática en segmento 7-8 hepático, observando zona hipovascular lineal periférica, que podría ser compatible con trombosis de rama venosa suprahepática derecha. Aumento de tamaño de la musculatura lateral abdominal derecha, en relación con cambios inflamatorios. Derrame pleural derecho.

El 10 de noviembre, se le realiza un angioTAC de abdomen y un ecocardiograma: ritmo sinusal 80 lpm. (...) Conclusión: sin valvulopatías ni hipertensión pulmonar significativas. Ligeramente derrame pericárdico alrededor de la aurícula derecha *“que no ocasiona compromiso”*.

El mismo día, se valora al paciente por el Servicio de Hematología (Unidad de Trombosis). *“El estudio, según el informe radiológico, no es sugestivo de trombosis dado que, a pesar del efecto compresivo de la masa no se observan signos indirectos de trombosis venosa, por lo que desde el punto de vista estricto no estaría indicado el tratamiento con heparina a dosis terapéutica. Sin embargo, se comenta con su equipo de cirugía general: se trata de una cirugía con alto riesgo trombotico, con un hallazgo radiológico que, aunque no visualizable, podría encuadrarse dentro de una trombosis, siendo los resultados mejores con heparina. Se le citará en consultas de trombosis”*.

El paciente es dado de alta a domicilio, el 11 de noviembre de 2021 por la mañana, con cita en Cirugía para control el 29 de noviembre, y previsión de citas de valoración y seguimiento en consultas de los diferentes servicios (folios 221 a 236).

3.- Ya en el año 2022, figuran las siguientes consultas: en Cardiología, el 21 de enero y el 25 de marzo; en Medicina Interna (Unidad de Infecciosas), el 7 de febrero y el 26 de mayo; en Neurología,

el 23 de febrero; y en Cirugía General, el 3 de octubre y el 12 de diciembre (folios 251 a 294).

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 (LPAC).

Se ha incorporado la historia clínica del reclamante y se ha recabado el informe -firmado el 11 de noviembre de 2022- del Servicio de Cirugía General y Digestiva, al que se reprocha la actuación quirúrgica-asistencial.

En él se refiere con detalle, la atención dispensada al paciente con base en la historia clínica, y respecto de los reproches efectuados en la reclamación, se indica que la ecografía y el TAC no pueden proporcionar datos precisos adicionales para el estudio de la lesión del paciente, ni hubieran añadido una información relevante a la obtenida con la RMN. Que ya se conocía la complejidad del caso y el riesgo que representaba la resección del quiste por la adherencia a las venas hepáticas, y que la cirugía fue debidamente planificada por el equipo quirúrgico. La vía de abordaje *“no hubiera reducido la dificultad de la separación de la lesión de las venas supra hepáticas y los eventos intraoperatorios fueron solventados con eficacia y sin retraso”*.

También se ha incorporado el informe del Servicio de Cardiología, en el que se indica que el paciente ya tenía episodios de taquicardia años antes de la cirugía (referidos en la historia clínica) y que la complicación posterior a ésta favoreció que tuviera dos episodios de taquicardia que fueron tratados eficazmente.

Constan también emitidos los informes de los servicios de Medicina Interna (Unidad de Enfermedades Infecciosas) y de Hematología.

Así mismo, se ha incorporado al procedimiento el informe de la Inspección Sanitaria, de 24 de noviembre de 2023, que examina la historia clínica, los informes emitidos en el procedimiento, efectúa las oportunas consideraciones médicas sobre las pruebas de RM, ecografía y TAC, sobre el quiste hidatídico y sus tratamientos, y concluye que *“la asistencia sanitaria prestada fue acorde con la lex artis. No obstante, existe una falta de información, al no haberse recabado por el Servicio de Cirugía General y Digestiva, el consentimiento informado por escrito, firmado por el paciente, de la intervención realizada el 20/10/2021”*.

Una vez instruido el procedimiento, se confirió trámite de audiencia al reclamante, y pese a constar aceptada la notificación telemática, el 31 de mayo de 2024, no se presentó escrito de alegaciones.

Finalmente, se formula propuesta de resolución de fecha 16 de septiembre de 2024, en la que se estima parcialmente la reclamación al no existir el documento de consentimiento informado para la cirugía, reconociéndole una indemnización, conforme al criterio mantenido en este tipo de casos por la Comisión Jurídica Asesora, por importe de 9.000 euros, ya actualizada.

CUARTO.- El 24 de septiembre de 2024, tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora, la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente 645/24, por reparto de asuntos a la letrada vocal Dña. Silvia Pérez Blanco, que formuló y firmó la propuesta de dictamen, 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 euros, y a solicitud de órgano legitimado para ello de conformidad con 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 (ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial se regula en la ya citada LPAC.

El reclamante ostenta legitimación activa por haber recibido la asistencia sanitaria objeto de reproche.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, ya que el Hospital Universitario La Paz, está integrado en su red 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 (artículo 67.1 de la LPAC). En el presente caso, el reclamante imputa las consecuencias dañosas que sufre, a la intervención quirúrgica realizada el 20 de octubre de 2021, por lo que la reclamación interpuesta el 19 de octubre de 2022, está formulada, en todo caso, dentro del plazo legal.

Respecto del procedimiento, no se observa ningún defecto en su tramitación. Se ha recabado informe de los servicios implicados en el

proceso asistencial del paciente, conforme al artículo 81.1 de la LPAC. Consta también en el expediente, el informe de la Inspección Sanitaria.

Tras la incorporación de aquéllos al procedimiento, se dio audiencia al reclamante, y, por último, se ha formulado la correspondiente propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación que ha sido remitida, junto con el resto del expediente, a la Comisión Jurídica Asesora para la emisión del preceptivo dictamen.

Así pues, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- Como es sabido, la responsabilidad patrimonial de la Administración se rige por el artículo 106.2 de la Constitución Española, a cuyo tenor: *“Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”*. El desarrollo legal de este precepto se encuentra contenido actualmente en los artículos 32 y siguientes de la LRJSP, completado con lo dispuesto en materia de procedimiento en la ya citada LPAC.

La Sentencia del Tribunal Supremo de 25 de mayo de 2016 (recurso 2396/2014) recoge lo siguiente a propósito de las características del sistema de responsabilidad patrimonial: *“el art. 139 de la LRJAP y PAC, establece, en sintonía con el art. 106.2 de la CE, un sistema de responsabilidad patrimonial : a) unitario: rige para todas las Administraciones; b) general: abarca toda la actividad -por acción u omisión- derivada del funcionamiento de los servicios públicos, tanto si éstos incumben a los poderes públicos, como si son los particulares los que llevan a cabo actividades públicas que el ordenamiento jurídico considera de interés general; c) de responsabilidad directa: la Administración responde directamente, sin perjuicio de una eventual y*

posterior acción de regreso contra quienes hubieran incurrido en dolo, culpa, o negligencia grave; d) objetiva, prescinde de la idea de culpa, por lo que, además de erigirse la causalidad en pilar esencial del sistema, es preciso que el daño sea la materialización de un riesgo jurídicamente relevante creado por el servicio público; y, e) tiende a la reparación integral”.

Según abundante y reiterada jurisprudencia, para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran alterar dicho nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor, y d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

Ahora bien, 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.

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 caso que nos ocupa, el reclamante realiza un reproche concreto, ya que imputa a la intervención quirúrgica realizada, las consecuencias desfavorables producidas en el postoperatorio: shock hemorrágico, fallo multiorgánico y renal.

Alega, en síntesis, la falta de realización de más pruebas previas que hubieran permitido una adecuada planificación de la cirugía y una mala técnica quirúrgica, así como un retraso en el abordaje de las complicaciones surgidas. Por último, que no se le dio el documento de consentimiento informado de la cirugía con sus riesgos posibles.

Centrada la reclamación en estos términos, analizaremos los reproches sobre la base del material probatorio que obra en el expediente administrativo, para ver si la actuación de los facultativos implicados en el proceso asistencial del paciente fue adecuada y conforme a la *lex artis*.

En primer lugar, señalaremos que para determinar la supuesta infracción de la *lex artis* debemos partir de la regla general de que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación, por mor del artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Es, por tanto, al reclamante a quien incumbe probar mediante medios idóneos que la asistencia que le fue prestada no fue conforme a la *lex artis*, entendiendo por tales los informes periciales. Así, las sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo

de 2020 (recurso 829/2017) y de 8 de abril de 2022 (recurso 1079/2019) entre otras muchas, señalan 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, en este caso, el reclamante no ha incorporado al procedimiento ningún tipo de informe pericial o criterio médico que pruebe la relación de causalidad entre el daño alegado y la intervención quirúrgica realizada, sin que sirvan a este propósito las meras afirmaciones contenidas en el escrito de reclamación. Por ello, hemos de estar al contenido de los informes emitidos y a la historia clínica.

En cuanto a la falta de realización de otras pruebas diagnósticas previas a la intervención, que el reclamante dice que *“complementarían”* a la RM realizada meses antes en el sector privado, es lo cierto que, tanto el informe del servicio afectado como la Inspección, señalan que precisamente la RM es la prueba mejor indicada y que la ecografía o el TAC no añadirían nada al informe de dicha RM, que consta incorporado en la historia (folio 325) y que fue entregado por el paciente al facultativo del Servicio de Cirugía para su valoración.

En cuanto al otro reproche –igualmente carente de sustrato probatorio- de que no se preparó adecuadamente la cirugía por el equipo encargado de realizarla, es de significar dos cosas: una, que el Hospital Universitario La Paz está integrado en la red sanitaria pública, y dispone de los medios personales y materiales para acometer esa cirugía, y así lo informa el jefe del servicio afectado. Y dos, que su caso fue estudiado

por el Comité de Tumores Hepatobiliares del Servicio de Cirugía General y Digestiva del hospital, con facultativos de diferentes servicios, con conocimientos y experiencia en la materia, lo que desde luego permite afirmar que la cirugía fue debidamente preparada.

Por lo demás, al que había que preparar para la intervención era – lógicamente– al paciente, al que consta en la historia clínica (ver antecedente de hecho segundo punto 1 de este dictamen) la realización de analíticas y serología, la consulta de anestesia pre-operatoria, la pauta y seguimiento de un medicamento como el albendazol, por la Unidad de Enfermedades Infecciosas, y las recomendaciones de la consulta del 22 de abril de 2021 (ya descritas) relativas a las vacunaciones necesarias del paciente y a la fecha posible de la cirugía.

En cuanto a la técnica quirúrgica empleada en la resección del quiste hepático, es de advertir que no solo no se presenta un dictamen pericial que fundamente una supuesta mala praxis, sino que la reclamación se limita a objetar la forma del abordaje quirúrgico y no dice qué otra técnica o modo de intervenir era el adecuado, máxime cuando la necesidad de la intervención quirúrgica no se discute.

En todo caso, nos remitimos al protocolo quirúrgico ya detallado en el punto 2 del antecedente de hecho segundo, del día 20 de octubre. En particular, se describe que *“el quiste queda íntimamente adherido a la parte superior del hígado con gran dificultad para liberarlo de venas suprahepáticas derecha e izquierda. En esta maniobra se produce lesión longitudinal por desgarro de vena supra hepática derecha...”* y se detallan las medidas para atajar primero, la aparición del shock hemorrágico y luego de la taquicardia. Vemos que estas medidas, sí fueron inmediatas dado que se realizaron en la propia sala quirúrgica, y luego en reanimación del paciente en la Unidad de Cuidados posquirúrgicos. En este punto, nos remitimos al informe del Servicio de Cirugía.

Cuando se estabilizó al paciente, se hizo la re-intervención del día 23, para retirar el *pack* de compresas introducidas para atajar la hemorragia; además, se interconsulta a Cardiología para la valoración del paciente, constando en este sentido, diversas pruebas y consultas posteriores. Por lo demás, el informe de este último servicio incide en que el paciente refirió “*taquicardias previas ocasionales en su domicilio años antes de la intervención*”, y que en todo caso “*no existe causa relacionada con la cirugía que haya motivado secuelas cardiológicas, las cuales fueron debidamente tratadas*”.

Por lo demás, la asistencia sanitaria en su conjunto (interviniendo diversos servicios hospitalarios) ha sido analizada y avalada por la Inspección Sanitaria en su informe en el que se concluye que dicha asistencia es conforme a la *lex artis*. Y a esta conclusión hemos de atenernos, dada la especial relevancia que esta Comisión atribuye -en numerosos dictámenes- al informe de la Inspección Sanitaria, dada la independencia y criterio profesional de la Inspección, con base en la reiterada jurisprudencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid [v.gr. sentencias de 11 de mayo de 2021 (rec. 33/2019) y 7 de octubre de 2021 (rec. 173/2020), entre otras muchas].

En adición a ello, es de recordar una vez más, que “*la medicina no es una ciencia exacta*” como ha señalado en multitud de ocasiones el Tribunal Supremo, ya que la obligación de los profesionales es de medios y no de resultados, no pudiendo garantizarse en el caso que nos ocupa, que la cirugía trascurriera sin las complicaciones, o que se produjeran consecuencias no deseadas. Al respecto, es de aplicación la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2022 (recurso 771/2020), que recuerda que: “*El hecho de que la responsabilidad extracontractual de las Administraciones públicas esté configurada como una responsabilidad objetiva no quiere decir, ni dice, que baste con haber ingresado en un centro hospitalario público y ser*

sometido en el mismo al tratamiento terapéutico que el equipo médico correspondiente haya considerado pertinente, para que haya que indemnizar al paciente si resultare algún daño para él”. En consecuencia, lo único que resulta exigible a la Administración Sanitaria “es la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño (...)”.

QUINTA.- Resta por analizar el reproche de la reclamación de que no se le entregó ni se firmó el debido documento de consentimiento informado para la cirugía, que es necesario según el artículo 8 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 (Ley 41/2002).

La ausencia de este documento, ha sido puesta de manifiesto por la Inspección y asumida por la propuesta de resolución, que tiene carácter estimatorio, cuantificando la indemnización a que tendría derecho el reclamante en 9.000 €.

Así las cosas, hemos de poner de manifiesto que sí existe un documento de consentimiento informado para la anestesia, firmado por el paciente el mismo día de la intervención, esto es, el 20 de octubre de 2021, como se lee en los folios 295 y 296 del expediente.

Por tanto, la ausencia del documento de consentimiento informado es relativa a la cirugía de resección del quiste hepático.

Al respecto, el inicio del informe del servicio afectado es claro al afirmar que el paciente fue atendido por el doctor D. (...) personalmente y fuera del circuito de petición de cita y horario de consultas, por ser el marido de una enfermera del hospital, que así lo pidió. De hecho, en la historia clínica remitida, no hay constancia de la consulta inicial el 18 de marzo de 2021, por lo que no conocemos si verbalmente se informó al

paciente de los riesgos de la cirugía y si se le entregó o no ese día, el documento de consentimiento informado para que lo trajera firmado el día de la cirugía. Dicho servicio manifiesta que *“no hay registro escrito de consentimiento informado, pero el paciente fue informado de la intervención en varias ocasiones y por distintos especialistas”*.

Valorando el expediente en su conjunto, se deduce que, si bien el paciente pudo ser informado de la operación a la que se iba a someter - por su envergadura- por el servicio actuante, no hay constancia de ello en la historia remitida, y es lo cierto que no consta el documento de consentimiento informado, que ahora sí exige el paciente, en una reclamación de responsabilidad patrimonial.

Se trata de una cirugía programada y no urgente, y por mor del artículo 8 de la Ley 41/2002, era necesaria su existencia explicando la intervención quirúrgica y advirtiendo de los riesgos, y posibles consecuencias, por lo que el reclamante debe ser indemnizado.

En cuanto a la cuantía de la indemnización, conforme al criterio de esta Comisión Jurídica Asesora en estos supuestos, se valora en 9.000 € cantidad ya actualizada.

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

CONCLUSIÓN

Procede estimar parcialmente la reclamación presentada, en el concreto aspecto de la falta de documento de consentimiento informado

para la cirugía principal, y reconocer al reclamante una indemnización de 9.000 €, cantidad ya actualizada.

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

Madrid, a 7 de noviembre de 2024

La Vicepresidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 706/24

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid