

Dictamen n°: **432/19**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **23.10.19**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 23 de octubre de 2019, aprobado por unanimidad, 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 paciente*” o “*la interesada*”), Dña. y Dña. (en adelante, todas ellas “*las reclamantes*” o “*las interesadas*”) por la deficiente asistencia sanitaria dispensada a la primera de ellas en el Hospital Universitario 12 de Octubre, al considerar que el ictus que sufrió se produjo tras suspender la administración de Sintrom para realizarle una colonoscopia sin pautarle heparina en los momentos posteriores.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 12 de julio de 2017, se presentó en el registro de la Consejería de Sanidad la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por las interesadas, bajo dirección de su abogado, en la que solicitaban una indemnización por las lesiones y daños sufridos por la paciente como consecuencia un ictus ocasionado por la retirada del

referido anticoagulante sin pautar un sustituto tras la realización de una colonoscopia en el Hospital Universitario 12 de Octubre.

La reclamación relatava cronológicamente la asistencia recibida por la paciente, que estaba tomando Sintrom pautado por su Centro de Salud, cuando, en julio de 2016, debido al dolor abdominal que padecía, le fue prescrita una colonoscopia. Así, concretaba que el 11 de julio de 2016 fue sometida a una colonoscopia, en la que se apreció *“pólipo plano elevado de 12 mm de diámetro que se reseca con asa de diaterma...”*, y en cuyo informe posterior se hizo consignar expresamente *“...no introducir heparina o anticoagulación oral hasta pasados 5 días...”*. Pasados cuatro días tras la realización de la prueba, el 15 de julio, la paciente ingresó en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario La Paz, donde se le realizó TAC craneal urgente que confirmó oclusión en segmento M1 de ACM derecha, que según la solicitud, ha tenido una evolución favorable pero con secuelas, de modo que actualmente la paciente presenta parálisis facial central hemiparesia izquierda leve y disartria leve, precisando para su desplazamiento una silla de ruedas y el auxilio de una persona para sus necesidades básicas. Solicitan, por todos los conceptos, una indemnización de 1.080.283,81 euros.

Se acompaña a la solicitud historia clínica de la paciente, libro de familia y diversas facturas de gastos realizados.

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

La paciente, de 69 años de edad, bajo tratamiento con anticoagulantes orales y aquejada de diabetes mellitus, dislipemia mixta y fibrilación auricular, fue sometida a una colonoscopia el 11 de julio de 2016 en el Hospital Universitario 12 de Octubre. Previamente, el 7 de julio y en el Centro de Salud Potes, se pautó la progresiva retirada de la medicación (Sintrom) hasta la realización de la prueba. Se halla en la

historia clínica un informe del Servicio de Urgencias de 10 de julio de 2016, en el que se hace constar que, ante la recomendación del médico de familia y presentando INR superior a 1.5, se le pauta media ampolla de Vitamina K por vía oral con alta domiciliaria.

Cono resultado de la colonoscopia se hace constar el hallazgo de *“pólipo plano elevado (0-lla) de 12 mm de diámetro mayor que se reseca con asa de diatermia, previa inyección de suero en su base teniendo que completar la resección con pinza... Se observa leve sangrado babeante, por lo que se coloca clip hemostático en la base de la escara, con buen resultado final”*.

El 15 de julio de 2016, como se documenta en informe del SUMMA 112 y en la historia clínica de la paciente, se despierta a las 19 horas con asimetría facial y debilidad de extremidades izquierdas, activándose código ictus extrahospitalario y siendo trasladada al Hospital Universitario La Paz. Tras TC realizado a su llegada se objetiva oclusión en segmento M1 de ACM derecha y se realiza trombectomía mecánica con recanalización completa con 3 pases de dispositivo solitaire.

Durante su hospitalización en el Hospital Universitario La Paz presenta evolución favorable, reanudándose anticoagulación oral con Sintrom el día 21 de julio de 2016.

El 9 de agosto de 2016 es trasladada al Hospital 12 de Octubre, presentando en la fecha de ingreso hemiparesia izquierda moderada, que impide la deambulación autónoma. A fecha de alta, 5 de septiembre, dada su mejoría y la necesidad de tratamiento rehabilitador, se pauta su traslado a centro de cuidados intermedios con terapia rehabilitadora, ingresando en el Hospital Guadarrama en la citada fecha. El alta hospitalaria se produce el 24 de noviembre de 2016, prescribiendo tratamiento rehabilitador en domicilio y advirtiéndole que colabora en el

inicio de todas las actividades básicas de la vida diaria, pero precisa ayuda para completarlas.

TERCERO.- Recibida la reclamación por el Servicio Madrileño de Salud el 27 de julio de 2017, 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), rogando a la parte actora que aportara acreditación de su parentesco con la paciente, las lesiones padecidas y procediese a la fijación de la cuantía económica de la reclamación en lo que se refiere al resto de las reclamantes. Por escrito de 31 de julio de 2017, las reclamantes justifican que sólo dos de las hijas encargadas de atender sus necesidades reclaman junto a la paciente y fijan la cuantía económica que corresponde a las hijas en 119.030,52 euros, de los que 116.000 euros corresponden al perjuicio moral y 3.030,52 euros a las reformas llevadas a cabo en el domicilio de la paciente.

Se incorporó al expediente la historia clínica y, en cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 79 y 81.1 de la LPAC, se aportó también el informe del Servicio de Aparato Digestivo del hospital de 17 de octubre de 2017, en el que se manifiesta que *“En esta paciente, el riesgo teórico de trombosis al suspender la anticoagulación era muy bajo (0,4%) por lo que, dado que tenía más de 50 años, esta fue suspendida para realizar la colonoscopia. Esta colonoscopia terminó siendo de alto riesgo de sangrado tardío, ya que la extirpación de un pólipo mayor de 1 cm. Se siguió de un sangrado inmediato persistente...Ante este hecho se decidió no reiniciar inmediatamente la anticoagulación sino diferirlo 5 días. Esta decisión se basó en el conocimiento científico de que, en este caso, el riesgo de trombosis era muy bajo y el sangrado tardío podía demorarse varios días: 4,5 o hasta 16 días después...”*.

Para la Inspección Sanitaria, cuyo informe fue requerido en la instrucción del expediente, la asistencia prestada fue correcta y

adecuada a la *lex artis* y a la *lex artis ad hoc*, puesto que “la actuación del Servicio de Digestivo del Hospital 12 de Octubre se ajustó a las evidencias científicas actuales, al considerar que la paciente presentaba un alto riesgo de sangrado y un bajo riesgo de trombosis”.

Además, señala la Inspección Médica que “la decisión sobre la anticoagulación es evaluar la estimación de riesgo de trombosis y la estimación de riesgo de hemorragia. El consenso científico dice que un paciente sometido a un procedimiento endoscópico diagnóstico/terapéutico, al que se le realiza una polipectomía, tiene un riesgo hemorrágico elevado”.

Concluida la instrucción del procedimiento, se confirió trámite de audiencia a las reclamantes, que presentaron escrito de fecha 23 de julio de 2018 ratificando las manifestaciones contenidas en su escrito de reclamación y mostrando su oposición a las manifestaciones contenidas tanto en el informe del Servicio de Aparato Digestivo del hospital, como en el informe de la Inspección Médica. De igual modo, requieren al órgano administrativo para que complete la historia clínica de la paciente con el correspondiente informe del Servicio de Hematología del hospital, que no consta en el expediente, y el correspondiente al Centro de Especialidades de Villaverde, donde la paciente fue atendida. No consta la remisión de tales documentos ni el órgano instructor se refiere a ellos en la propuesta de resolución. No obstante, no se consideran determinantes para la emisión del presente Dictamen.

El 14 de junio de 2019 el viceconsejero de Sanidad formuló propuesta de resolución que desestimó la reclamación al considerar que la asistencia sanitaria había sido correcta y adecuada a la *lex artis* al haberse seguido las directrices de las guías diagnósticas y protocolos estandarizados en cuanto a la indicación de las técnicas diagnósticas pertinentes.

CUARTO.- Por escrito dirigido por delegación por el viceconsejero de Sanidad, de 3 de julio de 2019, -con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid el día 4 de julio-, se formuló preceptiva consulta a dicho órgano.

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 330/19, al letrado vocal D. Francisco Javier Izquierdo Fabre, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 23 de octubre de 2019.

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 euros 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).

El presente dictamen ha sido evacuado dentro del plazo ordinario establecido en el artículo 23.1 del ROFCJA.

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada según consta en los antecedentes, está regulada en la LPAC, según establece su artículo 1.1.

La interesada está legitimada activamente al amparo del artículo 4 de la LPAC, por cuanto es la persona a la que se le ha prestado la asistencia sanitaria que considera negligente. Respecto a la legitimación activa de dos de sus hijas deriva, según escrito de 31 de julio de 2017, de la circunstancia de haberse hecho cargo de su madre desde su alta en el Hospital de Guadarrama, así como de haber incurrido en determinados gastos consecuencia de las reformas realizadas en el domicilio de la paciente en atención a su situación.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid por ser la titular del servicio a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

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 (*ex* artículo 67 LPAC). En el presente caso, la reclamación ha sido interpuesta en plazo legal, pues se presentó el 12 de julio de 2017 ya que, si bien la operación se llevó a cabo el 11 de julio de 2016, el alta por el Hospital de Guadarrama no tiene lugar hasta el 25 de noviembre de 2016.

No se observa ningún defecto en el procedimiento tramitado. Se ha recabado el informe del servicio al que se imputa el daño, de acuerdo con los artículos 79 y 81 de la LPAC, y consta que el instructor del procedimiento solicitó también un informe a la Inspección Sanitaria.

Tras la incorporación de los anteriores informes, se dio audiencia a las reclamantes, de conformidad con el artículo 82 de la LPAC, que presentaron escrito de alegaciones.

Y finalmente, se dictó la propuesta de resolución según lo exigido en el artículo 91 de la LPAC

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 art. 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:

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 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 en cuanto que 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.- 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 5ª) de 15 de marzo de 2018 (recurso de casación 1016/2016), 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. En estos casos, como señalan las Sentencias de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación 4397/2010)) y de 27 de abril de 2015, (recurso de casación núm. 2114/2013), en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales *“puede tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido”*, cabe entender conculcada la *lex artis*, pues al no proporcionarle a los recurrentes esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal. Para evaluar la corrección de una concreta práctica médica hay que estar a la situación y síntomas del momento en que se realiza esta. Ello se traduce en que se deben aplicar a los pacientes todos los medios disponibles para su diagnóstico y tratamiento. Esta obligación de medios debe entenderse ceñida al contexto del momento y las circunstancias en que se efectúa la asistencia, es decir, a los síntomas que presenta cada paciente y a las probabilidades, en función de los mismos, de que padezca una determinada patología.

Al respecto, la Sentencia del Tribunal Supremo de 16 de marzo de 2016 (recurso de casación 2228/2014) destaca: *“La asistencia sanitaria es una obligación de medios y no de resultados, de modo que no puede apreciarse responsabilidad cuando se han empleado las técnicas y los instrumentos de que se dispone. Y es precisamente lo acaecido en este caso, en el que se han ido poniendo los medios adecuados, realizando pruebas diagnósticas, acordes con lo que sugerían, desde el punto de vista médico, las diferentes dolencias del recurrente”*.

Tampoco puede cuestionarse la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o retraso diagnóstico o la inadecuación del

tratamiento, mediante una regresión a partir de la evolución posterior de la enfermedad de los pacientes.

Así lo ha manifestado el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en Sentencia de 28 de marzo de 2016 (recurso 45/2014) según la cual:

“No es correcto realizar una interpretación de lo acontecido conociendo el resultado final. La calificación de una praxis asistencial como buena o mala no debe realizarse por un juicio "ex post", sino por un juicio ex ante, es decir, si con los datos disponibles en el momento en que se adopta una decisión sobre la diagnosis o tratamiento puede considerarse que tal decisión es adecuada a la clínica que presenta el paciente”.

Para centrar la cuestión relativa a la supuesta infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales que atendieron al paciente, debemos partir de lo que constituye regla general y es 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.

Las interesadas no aportan prueba alguna que acredite la existencia de mala praxis en la asistencia prestada tanto con ocasión de la intervención efectuada por el Servicio de Aparato Digestivo del hospital como en el concreto seguimiento médico posterior. Frente a esta ausencia probatoria, tanto el informe del citado servicio como el informe de la Inspección coinciden en señalar que la asistencia prestada a la reclamante fue conforme a la *lex artis*. Así, como se afirma en el citado informe del Servicio de Aparato Digestivo *“la aparición de una hemorragia al extirpar un pólipo durante una colonoscopia incrementa notablemente el riesgo de sangrado tardío”* y, por tanto, *“la decisión se tomó basándose en*

las evidencias científicas y con la intención de minimizar el posible riesgo de sangrado tardío y sus potenciales complicaciones asociadas”.

Igualmente, frente al reproche efectuado por las reclamantes en relación con la suspensión previa de los anticoagulantes orales, de modo que reclaman que se complete la historia clínica y, en su caso, se aporte el correspondiente informe del Servicio de Hematología del hospital, el propio informe del Servicio de Aparato Digestivo justifica tal suspensión en la prevalencia de pólipos superior al 50% en personas mayores de 50 años, de modo que *“en la práctica clínica habitual se suele pautar la suspensión previa de los anticoagulantes orales”.*

En este sentido, como se recoge en el informe de la Inspección Médica y en la propia historia clínica de la paciente *“antes de realizar la colonoscopia se efectuó un control de INR para ajustarlo a parámetros adecuados, por lo que se administró Vitamina K”* tratándose en todo caso de una paciente que presentaba *“una FA normal pero sin cardiopatía estructural, ni prótesis valvular por los que es considerada como hemos dicho de bajo riesgo de trombosis”*

Frente a ese bajo riesgo de trombosis, el informe del médico inspector pone de manifiesto cómo la paciente se sometió *“a una exploración endoscopia diagnóstica/terapéutica, que puede llegar a ser cruenta, y que en este caso lo fue ya que se realizó la resección de un pólipo de 12 mm. Y que incluyó la colocación de un clip hemostático ...con un alto riesgo de sangrado”.*

En este sentido el médico inspector concluye que la actuación del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital 12 de Octubre *“se ajustó a las evidencias científicas actuales”*

Conclusión a la que debemos atenernos dado que el informe de la Inspección Sanitaria obedece a criterios de imparcialidad, objetividad y

profesionalidad, como ha puesto de manifiesto el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en multitud de sentencias, entre ellas la dictada el 22 de junio de 2017 (recurso 1405/2012):

“...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”.

Por último, consta en el expediente el consentimiento informado para la realización de la colonoscopia del día 18 de mayo de 2016, de modo que la reclamante fue adecuadamente informada de la prueba que se le iba a realizar mediante un documento cuya lectura permitió conocer al interesado el procedimiento al que iba a someterse así como sus posibles complicaciones, aunque la técnica fuera irreprochable desde la perspectiva de la *lex artis*, contando además con un tiempo hasta la realización de la prueba que permitió a la interesada meditar su decisión de someterse a la colonoscopia e incluso revocar el consentimiento prestado. Además no puede desconocerse que la interesada firmó un documento en el que reconocía estar satisfecho con la información recibida y que había podido aclarar sus dudas (en el mismo sentido STJ de Madrid de 11 de noviembre de 2015). Así, el citado consentimiento informado recoge como complicaciones excepcionales graves de la prueba a la que la paciente iba a ser sometida, que conllevan un riesgo de mortalidad, *“un trombo o hemorragia cerebral”*².

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado mala praxis en la asistencia sanitaria prestada a la reclamante.

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 23 de octubre de 2019

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 432/19

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid