

Dictamen n.º: **458/26**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **15.07.26**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 15 de julio de 2026, 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, a través de su representante, por Dña., D. y Dña. (“*los reclamantes*”), en su condición de mujer, hijo y hermana, respectivamente, de D. (“*el paciente*”), por el fallecimiento de este último, que atribuyen al tratamiento inadecuado que le fue prestado en el Hospital Universitario Infanta Cristina (HUIC), de Parla.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Con fecha 24 de agosto de 2023, las personas indicadas en el encabezamiento presentan, a través de su representante, un escrito de responsabilidad patrimonial frente al Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) por los daños que se le han generado como consecuencia de una incorrecta asistencia en el HUIC, que provocó el fallecimiento de su familiar.

Narran en su reclamación que el paciente estaba diagnosticado de una demencia por cuerpos de Lewy, cuyos síntomas comenzaron en 2018.

A continuación, el escrito de reclamación narra la evolución clínica del paciente desde la madrugada del 21 de agosto de 2022, fecha en la que ingresó en el HUIC *“por presentar agresividad y alucinaciones visuales desde hacía una semana, derivadas de su patología de demencia degenerativa”*, hasta las 18:58 horas del día 28 de agosto de 2022, momento en el que se certificó su fallecimiento, señalando a estos efectos los reclamantes que *“se determinó que la causa inmediata había sido una parada cardiorrespiratoria, mientras que la causa fundamental fue una infección respiratoria de origen broncoaspirativo”*.

Los reclamantes seguidamente señalan los siguientes reproches en relación con la asistencia prestada a su familiar:

1. Se mantuvieron las medidas de contención mecánica pese a que el paciente estaba tranquilo y adormilado, no existiendo justificación clínica ni legal para ello.

2. Falta de prevención del riesgo de aspiración. No se elevó la parte superior de la cama, ni se aspiraron las secreciones pese a que el paciente no podía eliminarlas por sí mismo.

En este punto, debe advertirse que posteriormente, en el trámite de audiencia, los reclamantes reprocharon también el que el paciente – o, en su defecto, sus familiares– no consintieron la contención mecánica realizada al primero.

Por todo ello, los reclamantes solicitan ser indemnizados en la cantidad total de 219.012,15 €, más intereses, sin perjuicio de ulterior liquidación, en concepto de indemnización por los daños y perjuicios sufridos, según el siguiente desglose:

“Perjuicio personal básico (Tabla 1.A)

- Categoría 1: El cónyuge viudo

Hasta 15 años de convivencia, si la víctima tenía hasta 67 años...107.123,05 €

*Por cada año adicional de convivencia o fracción (1.190,26 x 13)
...15.473,38 €*

- Categoría 3: Los descendientes

A cada hijo que tenga desde 20 hasta 30 años...59.512,81 €

- Categoría 4: Los hermanos

A cada hermano que tenga más de 30 años...17.853,84 €

Perjuicio personal particular (Tabla 1.B)

- Perjudicado único de su categoría

Incremento del 25% sobre el perjuicio personal básico

- Hijo

Incremento del 25% sobre 59.512,81...14.878,21 €

Perjuicio patrimonial (Tabla 1.C)

- Daño emergente. Perjuicio patrimonial básico.

Sin necesidad de justificación (cantidad por cada perjudicado):

476,10 € x 3...1.428,30 €

- *Gastos específicos. Gastos de sepelio...2.742,56 € (se adjunta factura)*”.

Los reclamantes acompañan a su escrito; (i) documentos que acreditan su condición de familiares del fallecido; (ii) certificado de defunción de este último; (iii) historia clínica del paciente; (iv) Protocolo de inmovilización terapéutica del HUIC; (v) Protocolo de contención mecánica para pacientes ingresados en las unidades de hospitalización breve de Psiquiatría del Hospital General Universitario Gregorio Marañón; (vi) Protocolo de contención mecánica del Servicio Andaluz de Salud; (vii) Protocolo de contención de pacientes (2009) de la Agencia Valenciana de Salud y; (viii) factura acreditativa de los gastos de sepelio.

SEGUNDO.- Admitida la reclamación fue requerida la historia clínica del paciente al HUIC de la que se extraen los siguientes hechos relevantes.

El paciente, nacido en mayo de 1965, presenta antecedentes de deterioro cognitivo progresivo desde 2018, con diagnóstico de demencia por cuerpos de Lewy, por lo que necesitaba supervisión para todas las actividades de la vida diaria, sufriendo alucinaciones frecuentes. Consta así mismo que en noviembre de 2021 sufrió una hidrosadenitis supurativa Hurley 3 de larga evolución en glúteo.

Según consta en el informe de hospitalización, el paciente ingresa en Urgencias del HUIC en la madrugada del 21 de agosto de 2022, *“traído por su familia para valoración por presentar desde hace una semana agitación y heteroagresividad en domicilio”*. Tras la exploración clínica y la realización de las correspondientes pruebas (analítica de sangre y orina, electroencefalograma y radiografía de tórax) fue diagnosticado de; (i) deterioro cognitivo grave. Diagnóstico previo de demencia por cuerpos de Lewy; (ii) alteración de la conducta con heteroagresividad, trastorno del lenguaje y alucinaciones en relación a

previo y; (iii) síndrome febril. Broncoaspiración con infección respiratoria e insuficiencia respiratoria secundaria.

En los informes correspondientes a los días 21 de agosto de 2022 (fecha de ingreso en el HUIC) a 28 de agosto de 2022 (fecha del fallecimiento) constan, entre otras, las siguientes anotaciones.

En la madrugada del 21 de agosto, el paciente es llevado al HUIC en ambulancia psiquiátrica por agresividad y alucinaciones, siendo cursado su ingreso y constando la siguiente anotación a las 02:16 horas *“Consciente y desorientado. Dependiente para las actividades básicas de la vida diaria (DABVD). Contenciones mecánicas en ambos pies y mano izquierda”*.

A las 12:14 horas: *“Paciente tranquilo. No agitado, duerme. Su familiar está muy agobiada, refiere que él se pone agresivo con ella”*.

A las 12:58 horas el paciente precisa olanzapina por agitación.

A la 18:06 horas se hace constar que el paciente *“continúa con contenciones mecánicas porque tira todo lo ve y se quita la vía y el colector”*. Según consta en una anotación de las 22:48 horas se mantiene al paciente tres puntos de contención.

Al día siguiente, el 22 de agosto, el paciente a las 11:07 horas está más tranquilo de manera que se retiran las sujeciones blandas y se mantiene solo cinturón. Consta también que los familiares manifiestan sentirse *“muy sobrepasados, pero lo ven mejor”*.

Según anotación de las 18:10 horas se *“mantienen las contenciones blandas en miembros superiores y pie izquierdo por trastorno conductual”*.

A las 19:05 horas consta que *“acude una hija a la que le preocupa que el paciente deje su rutina habitual de andar, especialmente si está medicado. Explico que, si tiene una descompensación tan importante de su patología de base, esta rutina se verá alterada con o sin medicación, por razones distintas en cada caso”*.

Posteriormente, a las 20:29 horas, antes del ingreso en Neurología se cambia al paciente la contención mecánica.

En la primera anotación una vez ingresado, a las 21:06 horas, aparece reflejado *“a su llegada consciente, desorientado, dependiente para ABVD. Contenciones mecánicas x3 más cinturón abdominal. STP en curso, dieta de fácil masticación. Usa pañal. Acompañado”*, constando anotación posterior de la que resulta *“Por la noche agitación psicomotriz: se aumenta trazodona a 100mg y se deja rescate de 25mg de quetiapina (con eso alcanzaría los 200mg de quetiapina al día, dosis máxima)”*

En la madrugada del día 23 de agosto de 2022, a las 3:49 horas, se refleja que *“a primera hora agitación a pesar de las contenciones, se aumenta tratamiento y se pone rescate. Constantes mantenidas, pero parece presentar pequeño vómito. Precisa poner gafas nasales a 5 litros, con lo que satura al 94%. Mejora agitación parte de la noche”*.

Según resulta de anotación de las 11:14 horas, el paciente está *“tranquilo a ratos, precisa contenciones mecánicas”* y en otra de las 11:35 horas *«inquietud sicomotriz, precisa sujeciones blandas en 5 puntos. El paciente presenta empeoramiento respiratorio (crepitantes en auscultación), febrícula y elevación de reactantes de fase aguda en analítica, con sospecha de broncoaspiración, en relación con atragantamiento por somnolencia. Se solicita radiografía tórax y se inicia tratamiento antibiótico empírico. Se realizan al paciente análisis de sangre y electroencefalograma registrado durante 30 minutos con 21 electrodos craneales, colocado según el sistema internacional 10/20 con montajes referenciales y bipolares de 16 canales. Registro simultáneo de*

movimientos oculares, respiración torácica y electrocardiograma, que muestra “Actividad máxima en regiones posteriores de amplitud moderada, a 6_7 Hz. Tendencia fluctuante al enlentecimiento de la actividad de fondo con actividad theta generalizada intercalada. De forma intermitente durante el registro, sin carácter persistente ni periódico, se intercalan descargas de punta aguda abigarrada en regiones anteriores de forma bilateral. No se correlacionan con las mioclonías que presenta el paciente durante el registro”». Consta así mismo que “no se realizan maniobras de activación por falta de colaboración del paciente”.

En anotación de las 19:30 horas resulta que se mantienen contenciones mecánicas abdominal y en 4 puntos y que el paciente está acompañado.

En la madrugada del 24 agosto de 2022 se mantienen las contenciones mecánicas haciéndose constar en anotación de las 12:05 horas *“fiebre de 38.2, desaturado a mi llegada. Constantes dentro de la normalidad. Aspiro secreciones, pero se agita mucho y no llego bien a las flemas. DA. Síndrome postrombótico en curso. Contenciones mecánicas. Se administra tratamiento de antibiótico y paracetamol. Presencia familiar. Lo levantamos al sillón con peto”.*

A las 14:39 horas se realiza al paciente una radiografía de tórax, en decúbito supino en la que no se aprecian imágenes sugestivas de infiltrados ni consolidaciones pulmonares, ni signos de derrame pleural.

A las 15:01 horas se valora al paciente en presencia de su mujer que se encuentra *“inquieto con mal aspecto general, ha aumentado la fiebre y presenta abundantes ruidos de secreciones en vía aérea superior, que no consigue eliminar. Consciente, apertura ocular*

espontánea. No comprende ni obedece órdenes. Sigue con la mirada al explorador. Persisten mioclonías. Resto exploración sin cambios”.

A las 15:40 el paciente tiene un episodio de agitación, *“con mala situación general, taquipnea con trabajo respiratorio, sudoración profusa y ruidos respiratorios audibles. Auscultación cardiaca, no valorable por ruidos respiratorios, pulmón con roncus dispersos en ambos campos”*, de manera que se comunica a la familia la situación de extrema gravedad del paciente y alta posibilidad de mala evolución a corto plazo planteándose la posibilidad de limitar esfuerzo terapéutico, lo cual fue rechazado por la esposa del paciente, de manera que se ajusta medicación y se inicia perfusión de morfina + midazolan + butilescopolamina para control de síntomas.

A las 18:55 horas el paciente se encuentra *“desaturado y agitado. Se pone reservorio a 15 litros. Se administra medicación para confort del paciente. Bajo nivel de conciencia”*. Se le revalúa a las 22.26 horas, resultando *“bajo nivel de conciencia por medicación, ligera mejoría respiratoria”*.

Durante el 25 de agosto de 2022 constan anotados episodios de agitación a las 14:57, a las 17:00 y a las 18.28 horas, existiendo también *“abundantes ruidos de secreciones en vía aérea superior, que no consigue eliminar”*.

El 26 de agosto de 2022 se realiza una nueva valoración al paciente a las 13:04 horas de la que resultan signos de inquietud sicomotriz y abundantes ruidos dispersos por ambos hemitórax y se aprecia que el paciente está caquético, informándose a la familia acerca de adecuación del esfuerzo terapéutico, estando la familia de acuerdo, si bien se refiere que, aunque la familia conocía la situación de deterioro, no estaban concienciados para una complicación aguda.

A las 14:17 horas ante empeoramiento clínico se avisa a Cuidados Paliativos para manejo conjunto.

Constan anotaciones posteriores del día 27 de agosto de 2022 de las que resulta que el paciente se encuentra acompañado.

En anotación de las 5:01 horas del 28 de agosto se informa a la familia sobre el tratamiento a recibir por el paciente.

A las 12:23 horas se hace constar que *“avisan a petición de familiares, por dudas con el tratamiento. Solicitan información ya que desde anoche no se le está administrando el tratamiento antibiótico que tenía previsto hasta mañana.*

Veo que anoche perdió la vía venosa periférica y que siguiendo indicaciones por parte de Neurología, se ha pasado la perfusión de sedo-analgesia a vía subcutánea y suspendido el antibiótico.

Explico de nuevo a familiares situación actual de gravedad, medidas encaminadas al control sintomático y que probablemente la evolución vaya a ser la misma, aunque administremos 24 horas más de antibiótico. Comprenden, pero insisten en querer mantener el antibiótico hasta mañana”

A las 18:58 horas del 28 de agosto de 2022 se certifica *exitus* del paciente haciéndose constar.

“Causa inmediata: parada cardiorrespiratoria.

Causa intermedia: insuficiencia respiratoria aguda grave.

Causa fundamental: infección respiratoria de origen broncoaspirativo”.

TERCERO.- Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del procedimiento de responsabilidad patrimonial de acuerdo con la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC), comunicándose su inicio a los reclamantes con fecha 4 de septiembre de 2023.

Con posterioridad fue requerida del HUIC la historia clínica del fallecido, comunicándose, asimismo, a la entidad aseguradora del SERMAS la reclamación que nos ocupa.

Remitida la historia clínica del fallecido por parte del HUIC, éste acompañó informe de la responsable de la Sección de Neurología, de fecha 19 de septiembre de 2023, en el que después de una detallada relación de hechos y consideraciones médicas sobre la enfermedad de demencia por cuerpos de Lewy y, en particular, sobre lo acontecido con el paciente desde su ingreso el 21 de agosto de 2023 hasta su fallecimiento el 28 de agosto, concluye que *“el personal sanitario del HUIC actuó de forma adecuada en todo momento, manteniendo una vigilancia clínica ajustada a las necesidades del paciente, administrando los tratamientos necesarios en cada momento, proporcionando información a la familia del paciente y trabajando de forma multidisciplinar para garantizar el confort del paciente y la atención al final de la vida”*.

Solicitado informe a la Inspección Sanitaria, ésta emite informe con fecha de 10 de mayo de 2024 en el que después de detallar los hechos acontecidos, realiza una serie de consideraciones médicas sobre la demencia por cuerpos de Lewy, señalando que *“es una enfermedad neurodegenerativa y progresiva que se caracteriza por una clínica en la que predominan la fluctuación cognitiva, la disfunción ejecutiva (déficits en la atención, flexibilidad mental, planificación, aprendizaje) y la alteración viso espacial”*, añadiendo que *“entre el 50 y el 75% de pacientes con DL presentan la fluctuación cognitiva, difícil de reconocerla*

en la clínica. Son episodios recurrentes de confusión en los que quedan en una situación de desconexión del medio, en ocasiones en una situación intermedia de alerta en la que presentan comportamientos inconscientes, lenguaje incoherente y pérdida de atención. La duración de la fluctuación cognitiva es variable: de pocos minutos a varios días, alternando la confusión y somnolencia con periodos de lucidez”, así como que en estos pacientes son frecuentes “las alucinaciones visuales (AV), apatía, depresión, ansiedad, agitación, delirios y los trastornos del sueño en la fase REM”, señalando a estos efectos que “si los síntomas suponen un riesgo para el paciente o la familia, no debe retrasarse el tratamiento con fármacos sin dejar por ello de poner en marcha intervenciones no farmacológicas”.

Recoge a continuación este informe un juicio crítico sobre lo acontecido en el caso que nos ocupa que concluye señalando que la asistencia sanitaria dispensada al paciente por los servicios de Urgencias y Neurología del HUIC fue adecuada y acorde a la *lex artis*.

Con fecha 24 de febrero de 2025 se procede a dar trámite de audiencia a los reclamantes, que presentan sus alegaciones el 17 de marzo de 2025, ratificándose íntegramente en su escrito inicial y oponiéndose a lo concluido por el informe de la responsable de la Sección de Neurología, de fecha 19 de septiembre de 2023 y el de la Inspección Sanitaria, de 10 de mayo de 2024, a los que hemos hecho referencia.

A estos efectos indican, por un lado, que no se siguieron los protocolos de contención, no constando en la historia clínica el motivo que los justificaba y, por otro, que el paciente –o, en su defecto, sus familiares– no consintieron la contención mecánica.

Como consecuencia de estas alegaciones se solicita nuevo informe al Servicio de Neurología del HUIC, que lo emite el 3 de abril de 2025.

En este informe, y en relación con el reproche relativo a la ausencia en la historia clínica del paciente de los motivos que justificaban la adopción de las medidas de contención, se indican los diferentes comentarios extraídos de la historia clínica de los que resultan tanto las indicaciones para pautar la inmovilización del paciente como la continua revisión de las mismas, señalando, a estos efectos, que *“existen comentarios referentes a agitación prácticamente hasta el último día, hecho que lleva a mantener las contenciones durante la mayor parte de su estancia, precisamente para asegurar que el paciente recibiera el tratamiento necesario para garantizar su confort, una vez iniciadas las actuaciones de limitación de esfuerzo terapéutico y las medidas paliativas”*.

Así mismo, y en relación con la alegación relativa a que ni el paciente ni sus familiares consintieron la contención mecánica, este informe relaciona todos los comentarios de la historia clínica de los que resulta que los familiares, dado que por la situación del paciente era imposible su comprensión para él, fueron expresamente informados de las actuaciones llevadas a cabo, tanto en lo referente a la sujeción mecánica como en los diversos tratamientos farmacológicos adoptados. A estos efectos, se acompaña el *“Informe de Formulario de Inmovilización Terapéutica”*, donde constan los indicadores y observaciones respecto de las inmovilizaciones terapéuticas realizadas.

Posteriormente, con fecha 16 de abril de 2025, y como consecuencia también de las alegaciones presentadas por los reclamantes y la contestación a estas por parte del HUIC, la Inspección emite informe complementario del anterior de 10 de mayo de 2024 en el que se indica que:

“Analizada la documentación obrante en el expediente y en especial la amplia justificación de las medidas de inmovilización del paciente, por parte del Servicio de Neurología del HUIC, ya

expuestas en el informe emitido por esta inspección, me ratifico en el mismo”.

En este estado del procedimiento, se confiere de nuevo trámite de audiencia a los reclamantes que presentan un nuevo escrito de alegaciones el 30 de junio de 2025 ratificándose íntegramente en su escrito inicial y en el posterior de alegaciones en trámite de audiencia, solicitando la remisión del historial clínico original y completo del paciente y califican de insuficiente el *“Informe de Formulario de Inmovilización Terapéutica”* aportado por el HUIC, añadiendo que *“la contención aumenta el riesgo de disfagia y broncoaspiración”*, así como que *“debía haberse entregado un formulario de consentimiento informado al paciente o, en su defecto, a sus familiares, pero no se hizo”*.

Posteriormente, el 20 de octubre de 2025, el Servicio de Neurología del HUIC, a solicitud del Área de Responsabilidad Patrimonial del SERMAS emite informe complementario para dar respuesta a la ampliación de las alegaciones formuladas en trámite de audiencia por el letrado de la parte interesada, ratificándose en el contenido de este último y señalando en particular que *“reiteramos que en todo momento se mantuvo informada a la familia, de una forma veraz y completa, tal como constan en los comentarios médicos que se transcriben. El consentimiento informado fue transmitido de forma oral”*.

Solicitada de la Inspección la ratificación o ampliación del Informe de Inspección emitido en fecha 10 de mayo de 2024, ésta, con fecha 4 de noviembre de 2025, se ratifica en los dos informes previamente emitidos.

Recibidos estos dos informes, se procede, por tercera vez, a dar trámite de audiencia a los reclamantes, que el 21 de enero de 2026 presenta nuevo escrito ratificándose en sus escritos anteriores señalando que el hecho de que el consentimiento para la adopción de

las medidas de contención habría sido transmitido de forma oral “*no suple la necesaria constancia documental y que contradice los ya citados protocolos, que exigen que el mismo sea escrito*”.

Por último, el 2 de junio de 2026, la viceconsejera de Sanidad y directora general del Servicio Madrileño de Salud emite propuesta de resolución en la que se propone desestimar la reclamación, por no concurrir la existencia de antijuridicidad del daño.

CUARTO.- El 8 de junio de 2026, tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora, la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial indicada.

El presente expediente (405/26) correspondió -por reparto de asuntos- al letrado vocal D. Ángel Chamorro Pérez, que formuló la propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en la sesión del día citado en el encabezamiento del 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 la consejera 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 (ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, se regula en la LPAC de conformidad con su artículo 1.1, la cual debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

Los reclamantes ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la LRJSP, en cuanto sufren el daño moral que provoca el fallecimiento de su familiar, habiendo acreditado debidamente su relación de parentesco con el paciente. Así mismo, también pueden reclamar por la falta de consentimiento reprochada, habida cuenta la imposibilidad del paciente para prestar el mismo como consecuencia de la demencia por cuerpos de Lewy que le fue diagnosticada en 2018.

En lo concerniente a la legitimación pasiva para soportar la reclamación, le corresponde a la Comunidad de Madrid, ya que el daño cuyo resarcimiento se pretende se atribuye a la asistencia prestada a la paciente en el HUIC, que es un centro de la red sanitaria pública.

Por lo que se refiere al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 de la LPAC *“el derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”*.

En este caso, en que se reclama por el fallecimiento de una persona el *dies a quo* viene dado por la fecha en que tal fallecimiento se produjo, en este caso, el 28 de agosto de 2022, por lo que presentada la

reclamación el día 24 de agosto de 2023, podemos concluir que ha sido formulada dentro del plazo legalmente previsto.

Por lo que se refiere al procedimiento seguido se observa que en cumplimiento del artículo 81 de la LPAC, se ha emitido informe por los servicios médicos del hospital que intervino en la asistencia prestada al reclamante. De igual modo, consta incorporada la historia clínica de la asistencia prestada y se ha emitido informe por la Inspección Sanitaria, con el resultado ya expuesto.

Se ha conferido trámite de audiencia, hasta en tres ocasiones, al reclamante conforme al artículo 82 de la LPAC, y finalmente, se redactó la propuesta de resolución en sentido desestimatorio de la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada.

En definitiva, 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 LRJSP.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada (por todas, las Sentencias del Tribunal Supremo de 5 de noviembre de 2012 y de 29 de julio de 2013), 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”*.

También es doctrina jurisprudencial consolidada la que entiende que esa responsabilidad patrimonial es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión, aunque es imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, dado que no es posible constituir a la Administración en aseguradora universal (Sentencias del Tribunal Supremo de 21 de julio y 14 de noviembre de 2011).

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 ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En

este sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2022 (recurso 771/2020), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo:

«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. Antes, al contrario: para que haya obligación de indemnizar es preciso que haya una relación de antijurídico, es decir: que se trate de un daño que el paciente no tenga el deber de soportar", debiendo entenderse por daño antijurídico, el producido (cuando) no se actuó con la diligencia debida o no se respetó la lex artis ad hoc».

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, puesto que en definitiva lo que se sanciona en este tipo de responsabilidad es una indebida aplicación de medios para la obtención de resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente."

En la mayoría de las ocasiones, la naturaleza jurídica de la obligación de los profesionales de la medicina no es la de obtener en todo caso la recuperación de la salud del enfermo, obligación del resultado, sino una obligación de medios, es decir, se obligan no a curar al enfermo, sino únicamente a dispensarle las atenciones requeridas, según el estado de la ciencia (SS del TS de 4 de febrero y 10 de julio de 2002 y de 10 de abril de 2003).

En definitiva, el título de imputación de la responsabilidad patrimonial por los daños o perjuicios generados por el funcionamiento normal o anormal de los servicios de asistencia sanitaria, no consiste sólo en la actividad generadora del riesgo, sino que radica singularmente en el carácter inadecuado de la prestación médica llevada a cabo, que puede producirse por el incumplimiento de la lex artis o por defecto, insuficiencia o falta del servicio.

A lo anterior hay que añadir que no son indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido evitar o prever según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento que se producen aquéllos, de suerte que si la técnica empleada fue correcta de acuerdo con el estado del saber, el daño producido no sería indemnizable por no tratarse de una lesión antijurídica sino de un riesgo que el paciente tiene el deber de soportar y ello aunque existiera un nexo causal.

En la asistencia sanitaria, el empleo de la técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido ya que cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si a pesar de ello causó el daño o más bien pudiera obedecer a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente».

CUARTA.- Del breve resumen de los presupuestos de la responsabilidad patrimonial incluidos en la consideración jurídica precedente, se deduce que no cabe plantearse una posible responsabilidad de la Administración sin la existencia de un daño real y efectivo a quien solicita ser indemnizado. En este caso, ya hemos adelantado la existencia del daño moral de los reclamantes por el solo

hecho del fallecimiento de su familiar, *“daño moral cuya existencia no necesita prueba alguna y ha de presumirse como cierto”* y que jurisprudencia consolidada ha admitido como supuesto de lesión indemnizable, aunque de difícil valoración económica.

Concretado el daño en los términos anteriormente expuestos, vamos a analizar los reproches de los interesados, partiendo de lo que constituye la regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido se ha pronunciado, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 8 de abril de 2022 (recurso 1079/2019), cuando señala 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”*.

El primero de los reproches viene referido al hecho de que, según indican los reclamantes *“Se mantuvieron las medidas de contención mecánica pese a que el paciente estaba tranquilo y adormilado, no existiendo justificación clínica ni legal para ello”*.

A estos efectos, y después de relacionar la normativa de aplicación, indican que el paciente *“pudo precisar la contención mecánica a su ingreso en el hospital y, quizás, en aquellos momentos puntuales en los que mostró gran agitación. Pero, de acuerdo con los hechos expuestos, la mayor parte del tiempo presentó somnolencia y se mostraba tranquilo. Insistimos, fuera de esos episodios puntuales, durante la gran parte del tiempo que pasó ingresado en el hospital, no existía ningún motivo para el mantenimiento de las medidas de sujeción física. Un paciente tranquilo y somnoliento no supone un riesgo de daño para sí mismo, ni para terceras personas, ni para elementos de su entorno, que no pudieran ceder ante la adopción de otras medidas terapéuticas”*.

Así mismo, añaden que *“es absolutamente esencial, de acuerdo con los protocolos sobre contención mecánica existentes, justificar y dejar constancia en la historia clínica de los motivos específicos por los que se deciden mantener las medidas. En el caso de D. (...), no es que falte la justificación en la historia clínica, sino que, directamente, insistimos, no se daba motivo clínico ni legal para ello”*.

Sin embargo, y no obstante corresponderle, como acabamos de señalar, la carga de la prueba, no han incorporado al procedimiento, ni en su escrito de reclamación ni en sus alegaciones posteriores prueba pericial médica alguna de la que resulte que la atención que le fue dispensada fuera incorrecta o inadecuada, sin que sirvan a este propósito las afirmaciones contenidas en sus escritos.

Por el contrario, todos los informes obrantes en el expediente, incluido el de la Inspección Sanitaria coinciden en señalar que la asistencia prestada a la paciente fue conforme con la *lex artis ad hoc*.

En este sentido, el informe de la jefa de Sección de Neurología del HUIC de fecha 19 de septiembre de 2023 señala lo siguiente:

“... (el paciente) es traído a instancias de su familia, en ambulancia psiquiátrica con contenciones mecánicas, por alteración conductual grave. A su llegada es valorado por facultativo de Urgencias. En la anamnesis realizada a su esposa se refiere que lleva toda la semana con agresividad y alucinaciones visuales, y en la exploración física se evidencia agitación psicomotora y por lo tanto se indica la necesidad de contención mecánica y se cursa ingreso en Neurología. En la historia consta expresamente que se informa a familiar de las actuaciones llevadas a cabo.

Según el Protocolo de inmovilización terapéutica del Hospital Infanta Cristina, dicho procedimiento se contempla en las siguientes indicaciones:

- Prevención de daño físico inminente a sí mismo o a otros cuando otros medios (inmovilización verbal o farmacológica) han resultado ineficaces*
- Prevención de daños graves al entorno (familia, otros pacientes, personal asistencial e incluso las instalaciones del centro)*
- Para asegurar el seguimiento del tratamiento prescrito, cuando es imprescindible y han fracasado otras medidas (retirada de vías o sondas nasogástricas por el propio paciente o imposibilidad de administrar tratamiento) en pacientes no competentes mentalmente*
- Para evitar la fuga (...)*
- Si el paciente solicita voluntariamente la inmovilización mecánica y el médico considera que existen criterios clínicos de indicación.*

Es evidente que, en el momento de la primera atención al paciente en Urgencias, se cumplen como mínimo las dos primeras indicaciones, ya que la alteración conductual no ha podido ser contenida ni de forma verbal ni con el tratamiento médico empleado hasta ese momento, y es la propia familia la que trae al paciente a Urgencias por temor a daños graves (...) en la evolución también se cumple la tercera indicación (para asegurar el tratamiento prescrito por retirada de vías etc.)”.

Añade este informe que “también según el protocolo del centro, la indicación médica de la inmovilización terapéutica será revisada por el facultativo responsable del paciente o por el médico de guardia, consignando por escrito en la historia clínica cualquier incidencia

relevante. Así mismo, el personal de enfermería realizará seguimiento del paciente durante el tiempo que dure la inmovilización terapéutica, y el personal Técnico auxiliar de enfermería controlará mediante su presencia física periódica a cualquier paciente bajo inmovilización terapéutica”, detallado a continuación las anotaciones que a estos efectos constan en la historia clínica del paciente y que resultan de lo que ya hemos señalado en el antecedente de hecho segundo de este dictamen.

En particular, el informe se refiere a la demencia por cuerpos de Lewy que le había sido diagnosticada al paciente, señalando que “*los síntomas clínicos distintivos incluyen deterioro cognitivo, fluctuaciones clínicas, alucinaciones visuales y síntomas neuropsiquiátricos, parkinsonismo, trastorno del sueño, disautonomía y sensibilidad a neurolépticos*”, indicando que, durante su ingreso, el paciente tuvo los siguientes síntomas:

“-síntomas neuropsiquiátricos con alteración conductual incluyendo agresividad que puede ser de difícil control.

-fluctuaciones clínicas: es decir, es habitual en la demencia por cuerpos de Lewy que la agitación psicomotriz sea alternante o intermitente.

-sensibilidad a neurolépticos: en los pacientes con este tipo de demencia que requieren fármacos para el control de la agresividad, es habitual que el efecto de éstos pueda ser excesivo, produciendo somnolencia-sedación, y haciendo muy difícil el equilibrio entre el control de la alteración conductual y los efectos secundarios”.

Por todo ello, el informe concluye que “*desde la llegada del paciente al hospital, se hace referencia prácticamente continua y diaria, tanto por parte de los facultativos que evalúan al paciente como por parte del personal de enfermería, a la necesidad de contenciones mecánicas*

por agitación. Es cierto que ésta alterna con momentos de tranquilidad y somnolencia, pero esto es propio de la enfermedad del paciente y la influencia de los fármacos empleados, y no exime de la aplicación de contenciones, ya que la agitación psicomotriz puede aparecer de forma abrupta”.

Todo lo señalado en este informe es ratificado por los posteriores del jefe de servicio de Neurología del HUIC de fechas 3 de abril y 20 de octubre de 2025.

Así mismo, en relación con esta cuestión, el informe de la Inspección Sanitaria de 10 de mayo de 2024 (ratificado por los posteriores de 16 de abril y 4 de noviembre de 2025) señala lo siguiente:

“Entre el 50 y el 75% de pacientes con demencia por cuerpos de Lewy presentan la fluctuación cognitiva, difícil de reconocerla en la clínica. Son episodios recurrentes de confusión en los que quedan en una situación de desconexión del medio, en ocasiones en una situación intermedia de alerta en la que presentan comportamientos inconscientes, lenguaje incoherente y pérdida de atención. La duración de la fluctuación cognitiva es variable: de pocos minutos a varios días, alternando la confusión y somnolencia con periodos de lucidez. (...)

Si los síntomas suponen un riesgo para el paciente o la familia, no debe retrasarse el tratamiento con fármacos sin dejar por ello de poner en marcha intervenciones no farmacológicas. (...)

La probabilidad de mejoría con fármacos es claramente menor, o se realiza a costa de importantes efectos adversos no deseados, especialmente sedación, entrando en el campo de la sujeción farmacológica o química tan poco deseable como la sujeción mecánica.

Las fluctuaciones cognitivas en las demencias son frecuentes en períodos de días, mientras que en la demencia por cuerpos de Lewy ocurren en el día, de manera casi brusca.

Es por todo lo anterior, que, aunque en la historia se recoge, en varias ocasiones paciente adormilado, no son menos frecuentes los episodios que se recogen de agitación, y dado que la alternancia de estas dos situaciones ocurre de manera brusca, la utilización de contención mecánica, una vez comprobado que no se controlan los episodios de agitación con la medicación en rangos terapéuticos, para evitar efectos adversos no deseados, se considera una actuación correcta”.

En este sentido debemos recordar el especial valor que esta Comisión Jurídica Asesora atribuye a la opinión de la Inspección Sanitaria, tal y como recuerda la Sentencia del mismo Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 24 de febrero de 2025 (recurso 258/2023) según la cual: “se ha tener en consideración el informe de la Inspección Sanitaria que, sin ser propiamente una prueba pericial, constituye un notable elemento de juicio cuya fuerza de convicción proviene de la circunstancia de que los médicos inspectores informan con criterios de profesionalidad e imparcialidad respecto del caso y de las partes (...)”.

El segundo de los reproches refiere la “falta de prevención del riesgo de aspiración. No se elevó la parte superior de la cama, ni se aspiraron las secreciones pese a que el paciente no podía eliminarlas por sí mismo”.

En este sentido señalan que “el hecho de que se mantuvieran las medidas de contención mecánica sin estar indicadas es de gran relevancia, pues la broncoaspiración que le causó la infección e insuficiencia respiratoria –que, posteriormente, le causó la muerte–, fue

debida a la inmovilización derivada de la sujeción física”, añadiendo el uso de contenciones aumenta el riesgo de disfagia y broncoaspiración, disfagia que, según indican, no presentaba el paciente a su ingreso.

Frente a estas afirmaciones, el informe de la Sección de Neurología del HUIC de fecha 19 de septiembre de 2023 relaciona entre los síntomas de la demencia por cuerpos de Lewy la disfagia señalando a estos efectos con carácter general que:

“(…) se ha evidenciado que de forma frecuente (en un 83% de los pacientes según un estudio dirigido de forma específica a este aspecto), puede existir disfagia, es decir, dificultad para el manejo de los alimentos y de las secreciones respiratorias, incluso en ausencia de síntomas objetivos por parte del paciente y sus cuidadores. La disfagia aumenta el riesgo de aspiraciones silentes repetidas y neumonía. (...)

En cuanto a las causas de muerte en los pacientes con demencia por cuerpos de Lewy, la neumonía/insuficiencia respiratoria y la aspiración figuran como causas frecuentes en los estudios epidemiológicos”.

En particular, y en lo que se refiere al caso que nos ocupa resulta lo siguiente:

“(…) en cuanto a la prevención del riesgo de aspiración, ya se hace referencia a la protección de vía aérea mientras el paciente permanece todavía en Urgencias (22 de agosto de 2022). Puesto que se evidencia alternancia de somnolencia con agitación, se indica dieta absoluta para minimizar riesgo de aspiración y se inicia sueroterapia para mantener hidratación del paciente. No se hace referencia en comentarios de enfermería a cambios posturales o colocación del cabecero de la cama, pero entendemos que se trata

de los cuidados habituales que se integran en los turnos de trabajo y no tienen por qué coincidir con la presencia de los familiares.

El día 23 de agosto de 2022, es valorado por primera vez por Neurología y ya se aprecian datos de afectación respiratoria, siendo la impresión diagnóstica broncoaspiración relacionada con somnolencia. A pesar de que existe esta complicación respiratoria, el paciente continúa presentando agitación psicomotriz intermitente que sigue haciendo necesario el uso de contenciones como se especifica en la historia clínica. Incluso se hace referencia a que la agitación empeora cuando se aspiran secreciones, siendo éstas muy dificultosas. Resaltamos que a partir de este momento, el uso de contenciones está dirigido sobre todo a posibilitar administración del tratamiento, puesto que se inicia tratamiento intravenoso y oxigenoterapia, y la agitación del paciente podría conllevar pérdida de vía y mal posicionamiento de gafas nasales”.

Concluye este informe a estos efectos que:

“En estos casos, aunque el uso de contenciones aumente el riesgo de disfagia y broncoaspiración, el equipo médico se ve en la disyuntiva de mantener contenciones para controlar los episodios de agitación extrema y abrupta del paciente, y al mismo tiempo de controlar la minimización de los riesgos propios de su enfermedad. La profesión médica requiere de la valoración individualizada de cada paciente, del control de sus síntomas, de observar cómo se tolera la medicación y sobre todo de valorar el riesgo-beneficio de cada actuación en cada paciente. En este caso, con un paciente con tal agitación (informada de forma permanente por el personal sanitario), de tal dificultad para su control, y con una patología tan avanzada en un momento de continua explosividad, era impracticable la retirada completa de las contenciones. Por ello, se llevaron a cabo permanentes controles, revisión de dosificación de

medicación y revisión permanente de las decisiones médicas según su tórpida evolución. Por ello, consideramos que ante el difícil manejo de esta situación el personal sanitario llevó a cabo una buena actuación basada en su control, seguimiento y permanente adaptación a las necesidades”.

Por su lado, el informe de la Inspección, con el especial valor que se le otorga según ya hemos referido, hace suya la afirmación del informe de la Sección de Neurología del HUIC en el sentido de que aunque el uso de contenciones aumente el riesgo de disfagia y broncoaspiración, el equipo médico se ve en la disyuntiva de mantener contenciones para controlar los episodios de agitación extrema y abrupta del paciente, y al mismo tiempo de controlar la minimización de los riesgos propios de su enfermedad.

En definitiva, a la luz de los informes médicos que obran en el expediente, cabe considerar que no se ha acreditado mala praxis en la asistencia sanitaria dispensada al reclamante en el HUIC.

QUINTA.- Cuestión distinta es la relativa a la alegación de los reclamantes reprochando que el paciente –o, en su defecto, sus familiares– no consintieron la contención mecánica realizada al primero.

Sobre el particular, debemos partir de que el consentimiento informado supone “*la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a la salud*” (art. 3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Ley básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, (en adelante Ley 41/2002).

También es evidente la necesidad de informar sobre posibles riesgos (art. 8.3 Ley 41/2002).

El incumplimiento de la obligación de brindar información suficiente al paciente, o en nuestro caso a sus familiares (*ex. artículo 9.3 de la Ley 41/2002*) y la consiguiente omisión del documento de consentimiento informado, constituyen sin duda un supuesto de mala praxis. Según ha señalado por el Tribunal Constitucional (STC 37/2011, de 28 de marzo) *“el consentimiento y la información se manifiestan como dos derechos tan estrechamente imbricados que el ejercicio de uno depende de la previa correcta atención del otro, razón por la cual la privación de información no justificada equivale a la limitación o privación del propio derecho a decidir y consentir la actuación médica, afectando así al derecho a la integridad física del que ese consentimiento es manifestación”*.

Además, como recuerda la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, de 31 de enero de 2019 (recurso 290/2017), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo, *“no solo puede constituir infracción la omisión completa del consentimiento informado, sino también descuidos parciales”*. Así, aunque el consentimiento en el ámbito sanitario debe ser, fundamentalmente de tipo verbal, la Ley 41/2002 establece que, en los casos de intervenciones quirúrgicas, así como en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de carácter invasivo y/o con riesgos especiales, deberá prestarse de forma escrita (artículo 8.2).

En este caso, además, debemos tener en cuenta la instrucción décimo primera de la Resolución 106/2017, de 27 de enero, del Viceconsejero de Sanidad y Director General del Servicio Madrileño de Salud, por la que se aprueban las instrucciones relativas al uso de sujeciones físicas y químicas en centros hospitalarios del Servicio Madrileño de Salud, según la cual, *“siempre que se aplique una*

sujeción, además de cumplirse con los requisitos antes indicados, se facilitará información escrita dirigida a los pacientes y a sus familiares o cuidadores, como complemento de la información verbal...”

Pues bien, a estos efectos, consta expresamente en el informe del Servicio de Neurología del HUIC de 20 de octubre de 2025, que *“en todo momento se mantuvo informada a la familia, de una forma veraz y completa, tal como constan en los comentarios médicos que se transcriben. El consentimiento informado fue trasmitido de forma oral”*.

En consecuencia, ante esta afirmación, cabe concluir que se ha vulnerado el derecho a la información y se ha ocasionado un daño moral cuya valoración es complicada por su gran subjetivismo -sentencias del Tribunal Supremo de 6 de julio de 2010 (recurso 592/2006) y 23 de marzo de 2011 (recurso 2302/2009)-. En punto a su concreta indemnización, la Sentencia de 11 de mayo de 2016 de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid (recurso 1018/2013), resalta la dificultad de cuantificar ese daño moral, para lo cual deberán ponderarse todas las circunstancias concurrentes en el caso a la hora de determinar la cuantía *“de un modo estimativo atendiendo a las circunstancias concurrentes, sin que, ni siquiera con carácter orientativo, proceda fijar la cuantía de la indemnización con base en módulos objetivos o tablas indemnizatorias como las contempladas en las resoluciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones”*.

Esta Comisión viene valorando el daño ocasionado por la falta de consentimiento en 9.000 euros. No obstante, esa cantidad no deja de ser un referente que puede variarse, de forma motivada, en función de las circunstancias de cada caso-artículo 35.1 c) de la LPAC.

En este caso, figura en la historia clínica, y así lo indica expresamente el Servicio de Neurología del HUIC, que en todo momento se mantuvo informada a la familia, de forma veraz y completa, de la

situación del paciente. Así mismo, son muchas las anotaciones en las que se hace constar que el paciente estuvo acompañado casi en todo momento por dichos familiares, no constando, sin embargo, ninguna anotación relativa a que éstos se opusieran a las medidas de sujeción aplicadas y que, como hemos ya referenciado, fueron cambiadas con frecuencia para ser ajustadas a la situación clínica del paciente. En este sentido, debemos advertir que esta oposición sí fue expresamente manifestada por los familiares del paciente respecto de otro tipo de medidas terapéuticas, tal y como resulta de varias de las anotaciones que hemos referido en este dictamen.

Por tanto y aunque no existiera ese consentimiento informado escrito y, por tanto, se desconozca la información concreta que se le proporcionó sobre esta cuestión a los reclamantes, no cabe colegir que ello supuso una situación de absoluto desconocimiento sobre sus eventuales riesgos.

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

CONCLUSIÓN

Procede estimar parcialmente la reclamación presentada por mala praxis, al no haberse acreditado la información facilitada a la paciente, que deberá ser indemnizada con la cantidad global y actualizada de 2.000 euros.

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 15 de julio de 2026

El presidente de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 458/26

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid