

Dictamen n.º: **660/25**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **10.12.25**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 26 de noviembre de 2025, 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. y las hermanas Dña. y Dña., por el fallecimiento de Dña., esposa y madre respectivamente de los reclamantes, tras una intervención quirúrgica realizada en el Hospital Clínico San Carlos (HCSC).

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El expediente de responsabilidad patrimonial trae causa del escrito de reclamación presentado en el Registro de la Consejería de Sanidad, el 2 de noviembre de 2023, contra el Servicio Madrileño de Salud, por la asistencia prestada a la esposa y madre de los reclamantes en el HSCS, donde se le realizó un cateterismo para el implante percutáneo Triclip, tras el cual sufrió un ictus, falleciendo el 4 de noviembre de 2022.

El escrito de los reclamantes detalla la asistencia prestada a su familiar, que padecía una insuficiencia tricúspide severa funcional, y a

quien, tras la realización de diversas pruebas diagnósticas y su valoración, se le recomendó la colocación de Triclip mediante cateterismo. Refieren que les informaron de que los riesgos eran nulos, aunque fuera una persona mayor.

Continúan relatando que, finalmente, tras valorar otras opciones e informar a las hijas, ahora reclamantes, la paciente fue intervenida por la Unidad de Patología Cerebrovascular el 31 de octubre de 2022, comunicándose a los familiares que había salido todo bien. Sin embargo, el día 1, tras la cena, aparecieron alteraciones del lenguaje, por lo que le realizaron un escáner, que mostró un trombo en el hemisferio izquierdo del cerebro. No la intervinieron de inmediato porque, según relatan, el cirujano no estaba y otros facultativos, que califican de muy jóvenes, les informaron que el pronóstico era malo, produciéndose el fallecimiento el día 4 de noviembre de 2022.

Tras esa narración de la asistencia recibida por su familiar y su evolución, reprochan la deficiente información recibida y una inadecuada actuación posterior a la aparición de la complicación sufrida, por lo que reclaman 150.000 euros.

Al escrito acompañan una copia del libro de familia, de la declaración de herederos, el certificado de defunción, el documento de consentimiento informado para implante de Triclip y diversos informes clínicos.

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

La paciente, nacida en 1940, presentaba los siguientes antecedentes personales: hipertensión arterial. Fibrilación auricular. Aneurisma de aorta ascendente de 56mm (TC junio 2020). Infarto isquémico cerebeloso derecho de etiología verosíblemente

cardioembólica (2016). Parálisis de cuerda vocal izquierda. Hiperparatiroidismo con normocalcemia. Síndrome de Sjogren. Osteoporosis. Artropatía degenerativa. Fractura de fémur izquierdo tratada con osteosíntesis con clavo intramedular (noviembre de 2015). Fractura de húmero bilateral. Fractura vertebral. Cirugía de suelo pélvico. Prolapso uterino y cistocele, en tratamiento con pesario.

Del 10 al 14 de enero de 2022 la paciente ingresa en planta de hospitalización de Cardiología del HCSC por un primer episodio de insuficiencia cardíaca descompensada. Se realiza ecocardiograma transtorácico, en el que se objetiva una insuficiencia tricuspídea (IT) grave y dilatación de ambas aurículas, con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) conservada y aneurisma de 57 mm. Durante su estancia en planta, presenta buena respuesta clínica a diurético y, dada la evolución favorable y la estabilidad clínica, se decide alta con valoración en consultas de Cardiología en Unidad de Insuficiencia Tricúspide.

El 25 de enero de 2022 acude a revisión en consultas de Cardiología en la Unidad de Insuficiencia Tricúspide. La paciente rechaza la cirugía, por lo que se solicita ecocardiograma transesofágico (ETE) para estudio de su válvula y opciones de tratamiento. Se cita también para análisis de sangre y se mantiene tratamiento.

El 22 de febrero de 2022 acude de nuevo a consultas de Cardiología en la Unidad de Insuficiencia Tricúspide, sin incidencias clínicas.

Se revisan resultados de ETE: insuficiencia tricuspídea severa funcional. Válvula tricuspídea de velos finos, con dilatación del anillo (45 mm) y con velos con limitación del movimiento de cierre por tracción. Existe un defecto de coaptación amplio que causa

insuficiencia severa que se extiende a lo largo de toda la línea de coaptación. Dilatación de aorta ascendente (diámetro 47 mm).

En base a resultados del ETE, se remite a la paciente a las consultas de Cardiopatía Estructural para valoración de las posibles opciones terapéuticas, indicando que podría ser favorable para Triclip.

El 5 de mayo del mismo año, la paciente acude a consulta de Cardiopatía Estructural para valorar tratamiento percutáneo de la IT severa, indicando que se encuentra algo mejor que la revisión previa. El cardiólogo indica: *“la paciente había rechazado la opción quirúrgica (que es la única opción terapéutica que también resolvería el aneurisma de aorta ascendente)”*.

Se revisan las imágenes y se aprecian dudas de que la válvula sea buena candidata para Triclip, por lo que, tras comentarlo en sesión, se decide repetir ETE para hacer estudio dirigido, así como cateterismo izquierdo, derecho y aortograma.

El 9 de junio de 2022 acude de nuevo a consulta para valoración de resultados, y se concluye: IT severa por ECO. Cateterismo derecho con hipertensión pulmonar (HTP) leve postcapilar combinado. Arterias coronarias epicárdicas sin estenosis significativa. Aneurisma de aorta ascendente.

El 6 de septiembre acude a revisión. La paciente refiere encontrarse mejor, sin edemas ni ortopnea, y sin coger peso. Se indica que, tras revisar pruebas complementarias, Cardiología comentará el caso con Unidad de Hemodinámica.

El 22 del mismo mes la paciente acude nuevamente a consulta, siendo remitida para valoración de Triclip, tras haber sido valorada en sesión y aceptada para el procedimiento. La cardióloga refiere: *“Última revisión en septiembre 2022. Acuden sus 2 hijas a las que explico el*

procedimiento. Pendiente por parte de su cardiólogo de realización de RM y sentar indicación definitiva”.

El 30 de octubre de 2022 ingresa de forma programada en Cardiología para implante de Triclip por vía femoral, firmando el documento de consentimiento informado. Es intervenida al día siguiente sin incidencias.

El siguiente día 1 de noviembre, sobre las 20.30 horas aproximadamente, comienza con alteración del lenguaje y debilidad de extremidades derechas de inicio brusco, presenciado por ambas hijas.

La exploración neurológica es la siguiente: FFCC: consciente, mutista. No obedece órdenes. Desviación oculocefálica forzada a la izquierda que no rebasa por maniobras oculocefálicas. PPCC: reflejo de amenaza derecho abolido, izquierdo presente, Pupilas simétricas normorreactivas; VII paresia facial SN derecha. Motor: hemiplejía derecha, RCP extensor bilateral. Sens: mueca al dolor en extremidades derechas NIHSS- 23.

Se realizan TAC craneal y angioTAC de arterias cerebrales, arteriografía. Se intenta cateterizar la ACC izquierda con múltiples catéteres sin lograr acceder a la misma por marcada tortuosidad. Se platea con neurología la posibilidad de anestesia general y punción carotídea directa. Dada la situación basal y la complejidad del procedimiento, se decide no realizar dicho abordaje.

Se realiza TAC de control a las 24 horas con el siguiente diagnóstico: *“Hallazgos en relación con evento isquémico de cronología subaguda en ACM izquierda con presencia de trombo intraluminal en arteria carótida interna y ACM izquierdas. Resto del estudio equiparable al previo.”*

Se emite el siguiente informe de evolución: se trata de una paciente con los antecedentes descritos que presenta un cuadro de focalidad hemisférica izquierda con NIHSS de 23 puntos. En el estudio de neuroimagen se objetivan datos de infarto en territorio de ACM con oclusión de la T-ACI. Dado que la paciente ha recibido una dosis de heparina de bajo peso molecular (HBPM) hace 7-8 horas y por la intervención reciente, se considera contraindicado el uso de fibrinólisis iv. Se plantea la posibilidad de trombectomía mecánica primaria. Se habla con la familia y aceptan el tratamiento. Tras varios intentos de recanalización de ACI izquierda sin éxito, se plantea la posibilidad de abordaje carotídeo directo con IO T. Dados los antecedentes, situación basal y la complejidad del procedimiento con un mal balance riesgo /beneficio, se desestima dicha opción terapéutica.

Durante su estancia en planta, presenta un empeoramiento de la focalidad neurológica con progresivo deterioro del nivel de conciencia. Se realiza nuevo TC de control, que muestra un infarto extenso del territorio de la ACI izquierda. Con respecto a la etiología de infarto cerebral sería cardioembólica.

Ante esta situación de extrema gravedad, se informa a la familia del mal pronóstico vital y se priorizan medidas de confort de manera consensuada.

La paciente fallece a las 18:19 horas del 4 de noviembre de 2022.

TERCERO.- Incorporada al procedimiento la historia clínica de la paciente, cuyo contenido esencial se ha recogido anteriormente, se procedió a la instrucción del expediente y, conforme a lo dispuesto en el artículo 81 de la LPAC, se recabó informe de los servicios intervinientes.

El jefe del Servicio de Neurología emite informe en el que, tras valorar el caso del familiar de los reclamantes, sostiene que la mortalidad por ictus aguda no es nula y que los criterios de mal

pronóstico son las embolias de origen cardiaco con gran edema, infartos de gran tamaño, la edad avanzada, el tratamiento previo con anticoagulación y la aparición de signos de enclavamiento, todos ellos presentes en la paciente. Añade que está contraindicado en estos pacientes la fibrinólisis venosa y la intraarterial, y concluye señalando que la reclamación no es razonable ni está justificada.

Se ha emitido también informe por la Unidad de Patología Cerebrovascular que intervino a la paciente, en el que se refiere que se propuso el tratamiento percutáneo de su insuficiencia tricúspide informándose a la paciente y a sus familiares en consulta de sus características y sus riesgos, indicándoles que es una intervención menos agresiva que la convencional pero que el riesgo, por supuesto, no es nulo, algo que afirman en ningún momento se les trasladó. Asimismo, se indica que la intervención se realizó sin incidencias y que el ictus sufrido está temporalmente próximo al procedimiento de reparación de la válvula tricúspide pero no se encuentra relación causal directa, más bien estiman que podría estar relacionado con las comorbilidades previas.

La Inspección Médica emitió informe fechado el 24 de julio de 2025, en el que estima que el análisis de las actuaciones clínicas llevadas a cabo en la atención sanitaria prestada a la paciente desde el inicio del proceso asistencial permite objetivar que las decisiones diagnósticas y terapéuticas adoptadas, en función de los signos y síntomas evidenciados en cada momento, fueron adecuadas.

Otorgado trámite de audiencia, los reclamantes presentaron alegaciones fechadas el 22 de octubre de 2025. En su escrito reiteran su reclamación, reprochando la falta de preparación de la intervención, deficiencias en el consentimiento y un mal abordaje del ictus acaecido con posterioridad. El escrito amplió la indemnización a 200.000 euros.

Finalmente, el 27 de octubre de 2025, la viceconsejera de Sanidad formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación.

CUARTO.- El 7 de noviembre de 2025 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la preceptiva solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, al letrado vocal Don Carlos Hernández Claverie, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 10 de diciembre de 2025.

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, (en adelante, ROFCJA).

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

Los reclamantes están legitimados por ser cónyuge e hijas respectivamente de la fallecida y, en consecuencia, presumirse en ellos el daño moral derivado de su fallecimiento, constituyendo un daño *ex iure proprio* que sufren las personas especialmente vinculadas a la finada.

No obstante, debe advertirse que los reclamantes reprochan, junto a posibles deficiencias asistenciales, una deficiente información sobre los riesgos de la intervención, es decir, el daño derivado de la vulneración de la autonomía de la voluntad de la paciente, que constituye un daño moral en sí, ajeno al fallecimiento, del que es acreedor el propio paciente.

No resulta controvertido que los herederos también están legitimados para ejercer las acciones iniciadas en vida por su causahabiente, subrogándose en ellas en virtud de lo dispuesto en los artículos 661 del Código Civil y 4.3 de la LPAC.

Por el contrario, no ha sido en absoluto pacífica la legitimación de los herederos para reclamar por los daños no patrimoniales sufridos en vida por el fallecido, pero que este no reclamó.

En relación con esta cuestión, el criterio mayoritario mantenido por esta Comisión Jurídica Asesora de Madrid, acogiendo lo sostenido por el extinto Consejo Consultivo (Dictamen 250/2012, de 25 de abril), ha sido rechazar la transmisibilidad *iure hereditatis* de los daños personales del finado no reclamados en vida. En este sentido, debemos destacar el Dictamen 47/2023, de 2 de febrero, donde se hace una prolija motivación de la argumentación en apoyo de esa tesis.

Esta postura era también mantenida por la mayoría de los consejos consultivos de las diferentes comunidades autónomas (Consejo Consultivo de Andalucía, en sus dictámenes 447/2019, de 26 de junio y

332/2021, de 6 de mayo; Consejo Consultivo de Canarias, en los dictámenes 66/2020, de 3 de marzo y 141/2022, de 8 de abril; la Comisión Jurídica Asesora del País Vasco, en su Dictamen 58/2019, de 27 de marzo, y el Consejo Consultivo de la Comunidad Valenciana, entre otros, en sus dictámenes 194/2021, de 31 de marzo y 369/2022, de 1 de junio).

Por el contrario, la Comisión Jurídica Asesora de Cataluña ha venido manteniendo que debe aceptarse la legitimación activa de quien interpone la acción como heredero del perjudicado en reclamación de daños de carácter físico y moral irrogados al causahabiente y que este no reclamó en vida, subrayando el carácter patrimonial del crédito de resarcimiento, que nace con el hecho lesivo, no cuando se ejerce la acción indemnizatoria (entre otros, dictámenes 221/2016, 245/2018 y 226/2022)

En los últimos años, este criterio ha venido siendo acogido en mayor medida por otros órganos consultivos. Así, podemos citar como ejemplo el Dictamen 621/2023, de 20 de julio, del Consejo Consultivo de Andalucía, que reconoce legitimación a los herederos para reclamar el daño moral derivado de la ausencia del documento de consentimiento informado, con la siguiente argumentación: *“Los bienes jurídicos sobre los que recae el daño (salud, vida o integridad física) tienen carácter personalísimo y, como tales, no son transmisibles por herencia (sentencia del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad de Madrid 214/2013, de 28 de febrero). Ahora bien, sin perjuicio de esta consideración, el derecho a ser resarcido económicamente por consecuencia de la lesión padecida sobre tales derechos, goza de la naturaleza de crédito de contenido patrimonial (sentencia de la Audiencia Provincial de Madrid 436/2009, de 1 de julio). Este derecho al resarcimiento económico nace desde el momento en que es causada la lesión sobre aquellos bienes jurídicos, no cuando es ejercitado ante los tribunales o reconocido en una sentencia judicial, que tiene efectos meramente declarativos y no*

constitutivos del mismo. Por lo tanto, es susceptible de ser transmitido a sus herederos (en palabras de la STS 141/2021, de 15 de marzo) quienes podrán ejercer la acción resarcitoria en el plazo del año a contar desde que la lesión de la que trae causa se produjo.

En el mismo sentido, el Consejo Jurídico Consultivo de la Comunidad Valenciana, en su Dictamen 150/2024, de 6 de marzo, acoge la transmisibilidad del crédito resarcitorio determinado o determinable, aunque no se hubiera formulado la reclamación en vida.

Especialmente relevante para nuestra labor consultiva debe ser el criterio que sobre la cuestión mantiene el Tribunal Superior de Justicia de Madrid. Así, en su Sentencia de 28 de febrero de 2013, (recurso 977/2009), afirmaba que el título de heredero no es bastante para sustentar la legitimación activa para reclamar por unos daños personalísimos que sólo sufrió el causante en vida y no reclamó antes de fallecer. Sin embargo, en los últimos años se manifiesta inequívocamente en favor de admitir la transmisibilidad del derecho a reclamar los daños, incluidos los morales, sufridos en vida por quien fallece sin reclamarlos y, por ende, admite la legitimación activa de los herederos en su pretensión resarcitoria.

En ese sentido, cabe traer a colación las sentencias de 13 de octubre de 2023 (rec. 1068/2022) y 18 de marzo de 2024 (recurso 234/2022), o la más reciente de 25 de junio de 2025 (recurso 684/2023), en las que se afirma: *“No compartimos el criterio ... sobre la intransmisibilidad "mortis causa" de la acción cuando no se ha ejercitado previamente por el paciente porque identifica dos conceptos que son distintos: el nacimiento de la acción para reclamar, que se produce cuando se origina el daño personal en vida del paciente, es decir, en el momento en que se produce la intervención sin consentimiento informado ni correcta información verbal, y el ejercicio de la misma, cuando se formula la reclamación, que puede ser posterior al nacimiento de la*

acción; y porque hace abstracción de las disposiciones generales del Código Civil, en concreto de sus artículos 657 , 659 y 661 que establecen:

"Artículo 657.

Los derechos a la sucesión de una persona se transmiten desde el momento de su muerte.

Artículo 659.

La herencia comprende todos los bienes, derechos y obligaciones de una persona que no se extingan por su muerte.

Artículo 661.

Los herederos suceden al difunto por el hecho solo de su muerte en todos sus derechos y obligaciones".

El hecho de la extinción de la personalidad jurídica por la muerte no supone que se extingan las acciones surgidas durante la vida del causante y no existe disposición normativa que establezca una excepción a esa regla legal cuando se está ante una acción de "indemnización de los perjuicios físicos o morales que a aquél le fueron irrogados" como la que nos ocupa."

Esta doctrina del Tribunal Superior de Justicia de nuestra Comunidad Autónoma viene a recoger lo ya establecido por la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo, en su Sentencia de 15 de marzo de 2021, en el recurso extraordinario por infracción procesal número 1235/2018, en la que se expone: *"No nos hallamos, en el caso que enjuiciamos, ante derechos personalísimos, que se extinguen por la muerte, como los derechos políticos al sufragio, los derivados de la función pública desempeñada, o los propios de la condición de nacional de un determinado país, ni tampoco ante derechos reales personalísimos como el usufructo vitalicio (art. 513 CC) o los derechos de uso y habitación*

(arts. 525 y 529 CC). La sentencia 62/1981, de 17 de febrero, señala, en este ámbito delimitador, que han de tenerse como intransmisibles, los derechos "[...]de carácter público, o los "intuitus personae" o personales en razón a estar ligados a una determinada persona en atención a las cualidades que le son propias -los en general denominados o calificados de personalísimos-, como parentesco, confianza y otras, que por ley o convencionalmente, acompañan a la persona durante su vida".

La muerte no se indemniza a quien muere, sino a quienes sufren los daños morales o patrimoniales por tal fallecimiento. Ello es así, dado que no existe propiamente daño resarcible para el muerto, desde la esfera del derecho de daños, sino privación irreversible del bien máspreciado con el que contamos como es la vida, que extingue nuestra personalidad (art. 32 CC). La muerte no genera, por sí misma, perjuicio patrimonial ni no patrimonial a la víctima que fallece y, por lo tanto, en tal concepto, nada transmite vía hereditaria; cuestión distinta es que nazcan ex iure proprio derechos resarcitorios, originarios y no derivados, a favor de otras personas en razón a los vínculos que les ligan con el finado.

En este sentido, señala la sentencia 246/2009, de 1 de abril, que "es doctrina pacífica que el derecho a la indemnización por causa de muerte no es un derecho sucesorio, sino ejercitable "ex iure proprio", al no poder sucederse en algo que no había ingresado en el patrimonio del "de cuius" De la misma manera, se expresa la sentencia 636/2003, de 19 de junio, cuando proclama que se niega mayoritariamente que "[...] la pérdida en sí del bien "vida" sea un daño sufrido por la víctima que haga nacer en su cabeza una pretensión resarcitoria transmisible "mortis causa" a sus herederos y ejercitable por éstos en su condición de tales "iure hereditatis".

Ahora bien, el derecho de los particulares a ser resarcidos económicamente por los daños y perjuicios sufridos, a consecuencia de una conducta jurídicamente imputable a otra persona (art. 1902 CC),

genera un derecho de crédito de contenido patrimonial, condicionado a la concurrencia de los presupuestos de los que surge la responsabilidad civil. Los bienes jurídicos sobre los que recae el daño cuando son la vida, la integridad física, los derechos de la personalidad, tienen carácter personalísimo y, como tales, no son transmisibles por herencia, pero cuestión distinta es el derecho a ser resarcido económicamente por mor de la lesión padecida, en tanto en cuanto goza de la naturaleza de un crédito de contenido patrimonial, que no se extingue por la muerte del causante (art. 659 CC).

Este derecho al resarcimiento económico nace desde el momento en que es causado el daño, como resulta del juego normativo de los arts. 1089 y 1902 del CC, no cuando es ejercitado ante los tribunales o reconocido en una sentencia judicial, que tiene efectos meramente declarativos y no constitutivos del mismo. Lo adquiere el lesionado desde que lo sufre y queda integrado en su patrimonio, susceptible de ser transmitido a sus herederos.

Existen manifestaciones normativas de dicha transmisibilidad, como las contempladas los arts. 4 y 6 de la Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen. El art. 7.1 del Texto Refundido de la Ley de Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos de Motor (TRLRCSCVM) que norma, por su parte, que el asegurador, dentro del ámbito del aseguramiento obligatorio y con cargo al seguro de suscripción obligatoria, habrá de satisfacer al perjudicado el importe de los daños sufridos en su persona y en sus bienes; y, en su párrafo segundo, establece que "el perjudicado o sus herederos tendrán acción directa para exigir al asegurador la satisfacción de los referidos daños, que prescribirá por el transcurso de un año", como igualmente resulta del art. 76 de la Ley de Contrato de Seguro . Los artículos 44 y siguientes del precitado TRLRCSCVM, tras la reforma introducida por la Ley30/2015, de 22 de septiembre , regulan la indemnización por lesiones temporales

en caso de fallecimiento del lesionado antes de fijarse la indemnización (art. 44); la indemnización por secuelas en caso de fallecimiento del lesionado tras la estabilización y antes de fijarse la indemnización (art. 45); la indemnización de gastos en caso de fallecimiento del lesionado antes de fijarse la indemnización (art. 46) y la compatibilidad de la indemnización a los herederos con la indemnización a los perjudicados por la muerte del lesionado (art. 47).

La transmisibilidad del crédito resarcitorio no genera, por otra parte, ningún enriquecimiento sin causa, en tanto en cuanto el título de herencia justifica la adquisición vía hereditaria; mientras que, por el contrario, de vedarse la reclamación, a quien realmente se beneficiaría de forma injusta sería al causante del daño.”

También la Sala de lo Social del Tribunal Supremo, en su Sentencia de 18 de julio de 2018, sostiene que “conforme al artículo 661 del Código Civil suceden al causante en todos sus derechos y obligaciones, derechos entre los que se encuentran las acciones resarcitorias no ejercitadas por el mismo y no prescritas al tiempo de su fallecimiento y es que, conforme al artículo 659 del citado Código, la herencia comprende todos los derechos y obligaciones de una persona que no se extingan con su muerte. Ello sentado, la cuestión consiste en determinar si el derecho a la reparación de los daños y perjuicios sufridos por el causante se transmite a sus herederos cuando fallece antes de pedir o de obtener la reparación de los mismos, cuestión que debe obtener respuesta positiva porque se trata de un derecho ya nacido que forma parte de su patrimonio, aunque se trate de daños morales, pues, conforme a los artículos 1101 y siguientes del Código Civil y a la jurisprudencia de esta Sala, quien causa un daño debe repararlo en su integridad, hasta conseguir la completa indemnidad, lo que supone la obligación de reparar todos los daños patrimoniales causados, así como también los daños morales”.

La Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Supremo no ha tenido ocasión de analizar con profundidad en los últimos años la cuestión que se nos plantea, pero es lo cierto que existen pronunciamientos en los que se reconoce el derecho a ser indemnizados a los herederos de quien vio vulnerada su autonomía de la voluntad por falta de consentimiento informado, siendo ejemplo de ello la Sentencia de 26 e marzo de 2012 (rec. 3531/2010).

De todo lo expuesto, y frente al criterio que se venía sosteniendo por esta Comisión Jurídica Asesora, no podemos obviar la doctrina que viene manteniendo el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en sus últimas sentencias, de modo que, siguiendo su argumentación, cabe reconocer legitimación a los herederos para reclamar por los daños sufridos en vida por el perjudicado, en concreto por el daño moral que pudiera derivarse de la vulneración de su derecho a decidir con pleno conocimiento de los riesgos inherentes a la intervención.

Este criterio, no obstante, no entendemos que sea aplicable a aquellos supuestos en los que, por el tiempo transcurrido o por otras circunstancias, se evidenciara la ausencia de voluntad de reclamar del perjudicado, máxime si el hipotético daño moral derivase de la falta o insuficiencia de información, en tanto que se trata de un derecho propio del paciente y es a este exclusivamente al que le corresponde determinar, en última instancia, si la información recibida y la forma en la que se le ha proporcionado ha sido suficiente para decidir someterse al tratamiento invasivo de que se trate.

Esa consideración es acorde con lo mantenido por el Consejo Consultivo de Asturias en su Dictamen 262/2023, de 13 de diciembre, en el que hace una muy interesante reflexión al afirmar que *“para entrar a formar parte de la relación jurídica en que la exigencia de responsabilidad patrimonial consiste, debe mediar la libre decisión del afectado, basada en su íntima convicción de sentirse no sólo perjudicado, sino necesitado de reparación en su esfera patrimonial o moral”*,

añadiendo que “el “derecho a reclamar” al que se refiere la normativa administrativa -caso del referido artículo 67 de la LPAC-, como todo derecho subjetivo (en este caso de naturaleza patrimonial), tiene un dimensión interna (reconocimiento de la voluntad de su titular) y una dimensión externa (posibilidad de exigencia frente a terceros), y entre la objetiva condición de perjudicado y la situación jurídica activa de reclamante media, ineludiblemente, una manifestación de la voluntad de su titular, en la cual, de no haberse hallado imposibilitado de facto o de iure, no puede ser sustituido por otra persona.”

En ese sentido, el Tribunal Superior de Justicia de Asturias, en su Sentencia de 7 de abril de 2025 (recurso 501/2023), niega la legitimación de los herederos, argumentando: *“es lo cierto que transcurrió un plazo, al menos relevante para que a paciente hubiere manifestado su voluntad de reclamar, pues desde al menos febrero de 2021 fue consciente del error diagnóstico que se imputa a la Administración sanitaria sin que conste que la paciente hubiere formulado reclamación alguna de indemnización cuando podía hacerlo antes de fallecer por causas ajenas a la actuación aquí enjuiciada. Finalmente, nada se ha aportado que nos indique que la fallecida no estaba en condiciones de ejercitar la acción”.*

En el caso concreto que nos ocupa, al cónyuge y a las hijas de la fallecida, en tanto herederas, cabe reconocerles legitimación para ejercer la acción de responsabilidad patrimonial por las deficiencias en la información que aducen, que no pueden ser ejercida por la perjudicada en vida por su rápido fallecimiento. Entender lo contrario llevaría a que la falta de información sobre el riesgo de muerte o de aquellas complicaciones que pueden causarla no tendría consecuencia alguna, en tanto el perjudicado carecería de posibilidad de reclamar por ello.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, en tanto que la asistencia reprochada fue dispensada en un centro sanitario de la red del SERMAS.

El plazo para el ejercicio del derecho a reclamar es de un año contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo. (cfr. artículo 67.1 de la LPAC). En el presente caso, se reclama por el fallecimiento, que se produjo el 4 de noviembre de 2022, presentándose la reclamación del 2 de noviembre de 2023, por lo que está presentada en plazo.

Respecto al procedimiento seguido, se ha incorporado al procedimiento la historia clínica y se ha emitido el informe preceptivo de los servicios intervinientes de Cardiología y Neurología. También se ha recabado el informe de la Inspección Médica.

Concluida la instrucción se ha dado audiencia a los interesados, que han presentado alegaciones, según recogimos en los antecedentes, tras lo cual se ha formulado una propuesta de resolución.

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 adelante, LRJSP) en su título preliminar, capítulo IV, artículos 32 y siguientes.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, por todas, las sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 11 de julio de 2016 (recurso de casación 1111/2015) y 25 de mayo de 2016 (recurso de casación 2396/2014), requiere:

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

b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. Así, la Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de junio de 2007 (Recurso 10231/2003), con cita de otras muchas declara que *“es doctrina jurisprudencial consolidada la que sostiene la exoneración de responsabilidad para la Administración, a pesar del carácter objetivo de la misma, cuando es la conducta del propio perjudicado, o la de un tercero, la única determinante del daño producido aunque hubiese sido incorrecto el funcionamiento del servicio público (Sentencias, entre otras, de 21 de marzo, 23 de mayo , 10 de octubre y 25 de noviembre de 1995, 25 de noviembre y 2 de diciembre de 1996 , 16 de noviembre de 1998 , 20 de febrero , 13 de marzo y 29 de marzo de 1999)”*.

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

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

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

Según la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación 4397/2010), la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, como reiteradamente ha señalado dicho Tribunal (por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012 (recurso de casación núm. 4229/2011) y 4 de julio de 2013, (recurso de casación núm. 2187/2010) que *“no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente”,* por lo que *“si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido”* ya que *“la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes - fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados”*.

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la *lex*

artis y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones.

QUINTA.- Entrando a analizar el supuesto concreto, es preciso determinar si existe un daño efectivo como presupuesto necesario para el nacimiento de la responsabilidad patrimonial.

En el caso de fallecimiento, el daño moral sufrido por los familiares cercanos, en este caso el esposo y las hijas, debe presumirse, no precisándose prueba al respecto.

Ahora bien, lo que sí resulta ineludible es la prueba de la relación de causalidad entre el fallecimiento por el que se reclama y la asistencia prestada. Además, en materia sanitaria, por su especial complejidad, esa prueba debe estar basada en criterios profesionales y no en meras apreciaciones subjetivas carentes de todo sustento médico.

En este punto, cabe traer a colación la doctrina que recopila la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, de 8 de abril de 2022 (rec. 1079/2019), cuando afirma: *“Hemos de recordar la importancia que ámbito tan técnico tienen las reglas sobre la carga de la prueba a las que se refieren nuestras leyes procesales. Así, conforme a lo dispuesto en el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, corresponde al demandante “la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda, según las normas jurídicas a ellos aplicables, el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la demanda”, y corresponde al demandado “la carga de probar los hechos que, conforme a las normas que les sean aplicables, impidan, extingan o enerven la eficacia jurídica de los hechos a que se refiere el apartado*

anterior". Las precitadas reglas generales se matizan en el apartado 7 del precepto citado, en el sentido de que se "deberá tener presente la disponibilidad y facilidad probatoria que corresponde a cada una de las partes del litigio".

La jurisprudencia (STS de 7 de septiembre y 18 de octubre de 2005 , de 9 de diciembre de 2008, de 30 de septiembre, 22 de octubre, 24 de noviembre, y 18 y 23 de diciembre de 2009, y las que en ellas se citan)han precisado el alcance de las anteriores normas sobre la carga probatoria en materia de responsabilidad patrimonial sanitaria a la luz del principio de facilidad probatoria, en el sentido de que compete al recurrente la prueba del daño antijurídico y del nexo o relación de causalidad entre éste y el acto de asistencia médica, de forma que, no habiéndose producido esa prueba no existe responsabilidad administrativa, si bien tales exigencias deben moderarse, en aplicación del principio de facilidad de la prueba, tomando en consideración las dificultades que en cada caso concreto haya encontrado el recurrente para cumplir con la carga probatoria que le incumbe debido a que la Administración es la parte que dispone del expediente administrativo.

Pero una vez acreditado por el demandante el daño antijurídico y el nexo causal entre éste y la actuación sanitaria, corresponde a la Administración la prueba de que ajustó su actuación a las exigencias de la lex artis, por la mayor dificultad del reclamante de acreditar que la Administración sanitaria no ha actuado conforme a las exigencias de una recta praxis médica, si bien no faltan sentencias en las que, sin excluir el principio de facilidad probatoria, se indica que la prueba de un mal uso de la lex artis corre a cargo de quien reclama, aunque en ellas se considera la prueba de presunciones como un medio idóneo de justificación de este mal uso, en concreto, cuando el daño sufrido por el paciente resulta desproporcionado y desmedido con el mal que padecía y que provocó la intervención médica, en cuyo caso cabrá presumir que ha

mediado una indebida aplicación de la lex artis (STS de 17 de mayo de 2002 y 26 de marzo de 2004).

Aunque lo anterior parece dar la razón a quien reclama cuando afirma que corresponde a la Administración la carga de probar que no existió mala praxis, es lo cierto que esta tesis carece de la trascendencia que se le pretende atribuir porque previamente incumbe a la parte actora la de acreditar la antijuricidad del daño, y ello lleva implícita la prueba de que la prestación sanitaria no se acomodó al estado de la ciencia o que, atendidas las circunstancias del caso, los Servicios Públicos Sanitarios no adoptaron los medios a su alcance.

Y, finalmente, como es sabido, por haber sido reiterado en numerosas sentencias que se han dictado acerca de cuestiones relativas a la responsabilidad patrimonial sanitaria, resulta necesario acudir a los informes técnicos que suministran al Tribunal los conocimientos necesarios, de carácter técnico-médico, para resolver las cuestiones debatidas. Y, también es sabido 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.”

En la reclamación que analizamos, los reclamantes hacen numerosas valoraciones médicas, pero no aparecen contrastadas con informes periciales especializados. Frente a la ausencia de cualquier argumento profesional, tanto los servicios intervinientes como la Inspección Médica, que emite su informe con criterios objetivos, explican de manera motivada la asistencia sanitaria prestada, sin que se atisbe deficiencia alguna.

Así, se indica en las alegaciones finales que *“la opción de la implantación del dispositivo Triclip no era obvia”*, y que deberían haberse hecho más pruebas para proceder a tal indicación.

Esta afirmación se ve claramente desvirtuada con la propia histórica clínica, donde se pone de manifiesto que el caso fue estudiado y valorado conjuntamente por distintas unidades, tras la realización de las pruebas diagnósticas precisas. El hecho de que, ante una persona con pluripatologías, se planteen y analicen las opciones terapéuticas más indicadas, lejos de ser una mala praxis, evidencia la profesionalidad de los facultativos intervinientes.

Respecto a las pruebas realizadas, el informe de la Inspección Médica recoge que *“el ecocardiograma transtorácico (ETT) es la modalidad de imagen de primera elección para la evaluación anatómica de la válvula y para establecer la gravedad de la insuficiencia tricúspide y, y también ofrece en sus modalidades bidimensional (2D) y tridimensional (3D) información relevante para el estudio de la AD y las medidas del AT, el gran olvidado a la hora de valorar a pacientes con IT”*. También añade, como posibles pruebas de imagen, la resonancia magnética cardiaca, y la tomografía computerizada (TC).

En el caso de la familiar de los reclamantes, solo se dejó de hacer la resonancia magnética que, según refiere la inspectora informante, presenta limitaciones diagnósticas, valorándose en sesión clínica como suficiente el ecocardiograma y las restantes pruebas existentes.

Así, el hecho de que por diversos facultativos especialistas se optase por el implante del dispositivo Triclip, considerando suficientes las pruebas realizadas, no denota en absoluto una mala praxis, sino una decisión clínica que por la Inspección Médica se califica de correcta.

Por el hecho de que se produjera un desenlace desgraciado, tras la realización de un determinado acto médico, no puede considerarse que la decisión terapéutica fuera incorrecta, como parecen insinuar los reclamantes, sin apoyo científico alguno. Lamentablemente, el ictus de la paciente se produjo con independencia de la procedencia del tratamiento quirúrgico decidido de manera conjunta por varias unidades de un Servicio de Cardiología de referencia.

El segundo reproche se refiere al supuesto deficiente abordaje del ictus una vez se manifestaron los síntomas, afirmando los reclamantes que se le debía haber realizado una fibrinólisis. A esta cuestión dan cumplida respuesta tanto el jefe del Servicio de Neurología como la inspectora informante, poniendo de manifiesto que la paciente presentaba todos los elementos de contraindicación de ese tratamiento. En concreto, la inspectora recoge que, *“dado que la paciente ha recibido una dosis de heparina de bajo peso molecular (HBPM) hace 7-8 horas y por la intervención reciente, se considera contraindicado el uso de fibrinólisis.*

Se plantea la posibilidad de trombectomía mecánica primaria. Se habla con la familia y aceptan el tratamiento. Tras varios intentos de recanalización de ACI izquierda sin éxito debido a la marcada tortuosidad, se plantea la posibilidad de abordaje carotídeo directo con IO T. Dados los antecedentes, situación basal y la complejidad del procedimiento con un mal balance riesgo/beneficio, se desestima dicha opción terapéutica.

Durante su estancia en planta presenta empeoramiento de la focalidad neurológica con progresivo deterioro del nivel de conciencia. Se realiza TC de control a las 24h que muestra un infarto extenso del territorio de la ACI izquierda. Con respecto a la etiología de infarto cerebral sería cardioembólica.

En caso de que el paciente presente criterios de exclusión para fibrinólisis y no cumpla criterios para trombectomía mecánica, como ocurre en este caso, se realizará exclusivamente un tratamiento de soporte, con vigilancia de la presión arterial, glucemia y temperatura¹. Todas estas medidas fueron realizadas correctamente durante la asistencia médica de la paciente.”

Así, de todo lo expuesto, y atendiendo al criterio de la Inspección Médica, no cabe apreciar deficiencias asistenciales que determinaran o influyeran en el fatal desenlace, lo que excluye la antijuridicidad de este daño.

En consecuencia, y siguiendo lo mantenido por la Inspección Médica, no cabe sino concluir que la actuación de los servicios intervinientes fue acorde a la *lex artis ad hoc*.

SEXTA - Una consideración específica requiere el reproche realizado en relación con la deficiente información que se dice fue dada a la paciente y a sus familiares, ahora reclamantes.

El derecho de información en el específico ámbito de la asistencia sanitaria se recoge en el artículo 3 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, que dispone 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*", así como en el artículo 8.3 de la precitada Ley, que impone que al consentimiento se incorpore información sobre los posibles riesgos.

Así, el Tribunal Constitucional, en su Sentencia 37/2011, de 28 de marzo, consideró que la ausencia o el defecto del consentimiento informado no sólo constituyen una mala praxis por vulneración de los

derechos reconocidos en la Ley básica de autonomía del paciente, sino también una lesión de los derechos fundamentales a la integridad física y a la libertad, que no son meros derechos subjetivos que sólo vinculen negativamente a los poderes públicos, sino que éstos también tienen el mandato constitucional de proteger, coadyuvando a que su disfrute sea real y efectivo.

Por su parte, el Tribunal Supremo ha venido precisando el derecho de la autonomía de la voluntad del paciente ocasión en numerosas sentencias, refiriendo cómo resulta claro que tanto la vigente regulación, más detallada y precisa, como la anterior coinciden en un punto esencial, esto es, la exigencia del "*consentimiento escrito del usuario*" (art. 10.6 Ley General de Sanidad, 14/1986, art. 8.2. Ley 41/2002) para la realización de intervenciones quirúrgicas, si bien actualmente también se prevé respecto de procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, en la aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente. Todo ello, a salvo, claro está, de situaciones en que deban adoptarse decisiones urgentes adecuadas para salvar la vida del paciente o cuando el paciente no esté capacitado para tomar decisiones.

De acuerdo con esa jurisprudencia, la regulación legal debe interpretarse en el sentido de que no excluye de modo radical la validez del consentimiento en la información no realizada por escrito. Sin embargo, al exigir que el consentimiento informado se ajuste a esta forma documental, más adecuada para dejar la debida constancia de su existencia y contenido, la nueva normativa contenida en la Ley General de Sanidad tiene virtualidad suficiente para invertir la regla general sobre la carga de la prueba, (según la cual, en tesis general, incumbe la prueba de las circunstancias determinantes de la responsabilidad a quien pretende exigirla de la Administración). Y ya antes que el Tribunal

Constitucional, el Tribunal Supremo (sentencias de 16 de enero de 2007, recurso de casación 5060/2002, 1 de febrero de 2008, recurso de casación 2033/2003, de 22 de octubre de 2009, recurso de casación 710/2008, sentencia de 25 de marzo de 2010, recurso de casación 3944/2008) insiste en que el deber de obtener el consentimiento informado del paciente constituye una infracción de la "lex artis" y revela una manifestación anormal del servicio sanitario.

En cuanto al contenido, como dice la Sentencia de 29 de junio 2010, (rec. casación 4637/2008), no solo puede constituir infracción la omisión completa del consentimiento informado sino también descuidos parciales. Ahora bien, ese contenido no puede ser desorbitado o excesivo, debiendo responder a las características, dentro de lo posible, de claridad precisión y sencillez, expresando en ese sentido la Sentencia del Tribunal Supremo de 9 de octubre de 2012, (recurso de casación 6878/2010) que *«la información no puede ser ilimitada o excesiva, so pena de producir el efecto contrario, atemorizante o inhibitor y que ha de ofrecerse en términos comprensibles, claros y adaptados al usuario de la asistencia. Por tanto, es un derecho que ha de ponerse en relación con los datos que en concreto se han de transmitir y la finalidad de la información misma en cuanto al conocimiento de los riesgos y alternativas existentes según el estado de la técnica»*.

En el presente procedimiento, los reclamantes refieren que los facultativos les indicaron que la intervención quirúrgica tenía un riesgo nulo, algo que es negado taxativamente en el informe del servicio. Ciertamente, resulta poco verosímil que los profesionales sanitarios negaran todo tipo de riesgo en una cirugía invasiva cardiovascular, lo que, por otra parte, iría en contradicción con la propia aportación del documento de consentimiento informado, donde se hacen constar expresamente los riesgos frecuentes y poco frecuentes de relevancia. Así, el hecho de que, según consta en los informes obrantes en el expediente, la técnica empleada tenga un riesgo menor que otras

alternativas, lo que pudo exponerse a la paciente, no implica que, como toda cirugía, esté sujeta a posibles complicaciones y efectos adversos.

En concreto, el documento de consentimiento informado firmado por la paciente recoge expresamente el accidente cardiovascular como riesgo expreso de la intervención, aunque poco frecuente.

Debe precisarse también que, frente a lo que sostiene la reclamación, el riesgo de accidente cardiovascular, como es el ictus, no era específico o propio de la paciente por sus antecedentes, sino que es una complicación posible en todos los pacientes.

Por último, se hace referencia en las alegaciones al escaso margen otorgado para decidir sobre la intervención. Sin embargo, consta en la historia clínica que el proceso de valoración de la técnica quirúrgica a emplear para la grave patología de la paciente se prolongó durante meses, tras optar la paciente por ella, de modo que figura expresamente en dicha historia clínica que el 22 de septiembre anterior a la intervención se informó a la paciente, quien acudió con sus hijas a consulta. La información se plasmó, por último, el 30 de octubre, día antes de la intervención, en el documento de consentimiento informado que firmó la paciente.

Por tanto, no estamos ante una información proporcionada ante quirófano, que pudiera ser considerada intempestiva. En realidad, la paciente venía siendo informada previamente y la víspera de la cirugía firmó el documento de consentimiento, donde se recogen expresamente los riesgos propios de la intervención, entre ellos, el que lamentablemente se materializó, admitiéndose por el Tribunal Supremo (Sentencia de 19 nov. 2008, Rec. 7408/2004), el consentimiento suscrito el día antes de la cirugía, como es el caso.

CONCLUSION

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada por no apreciarse daños antijurídicos derivados de la asistencia sanitaria prestada.

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 10 de diciembre de 2025

El Presidente de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 660/25

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid