

Dictamen nº: **71/23**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **16.02.23**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 16 de febrero de 2023, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por D., por los daños sufridos como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada por el Hospital Universitario del Sureste, en una intervención de cistoprostatectomía.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por escrito presentado en el registro del Servicio Gallego de Salud de Vigo dirigido a la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid el día 1 de octubre de 2021, el interesado antes citado formula reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos en la asistencia sanitaria prestada en el citado centro hospitalario en la realización de una cistoprostatectomía en la que se produjo una perforación del intestino delgado (folios 1 a 10 del expediente administrativo).

Según expone el escrito de reclamación, el día 29 de enero de 2020, tras haber sido diagnosticado de carcinoma urotelial con

diferenciación escamosa (80 %) moderadamente diferenciado (G2) de 2x2 cm con focos de carcinoma *in situ* y angioinvasión, el interesado se sometió en el Hospital Universitario del Sureste a la realización de una cistoprostatectomía en la que se produjo una perforación del intestino delgado, produciéndose una peritonitis fecaloidea, con dehiscencia de la anastomosis, lo que le causó un shock séptico con fracaso multiorgánico de foco abdominal con bacteremia por anaerobios secundaria y crecimiento polimicrobiano en absceso abdominal.

El reclamante alega que no consta en la historia clínica el documento de consentimiento informado para la cirugía realizada. Alega, además, que una mención genérica a una peritonitis no cumple con el deber de información, porque la simple mención de un concepto médico no permite al paciente *“representarse como posible un fallo multiorgánico, ni un shock séptico; ni mucho menos la colocación de una bolsa de colostomía, que habrá de portar de por vida”*.

Solicita una indemnización de 200.000 € por los daños sufridos y los condicionantes sobre la calidad de vida del paciente.

Como domicilio, a efectos de notificaciones, el reclamante indica la dirección de un despacho profesional de abogados.

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

El reclamante, nacido en 1948, diagnosticado de atrofia renal izquierda desde hacía más de veinte años, fue remitido en 2016 por su médico de Atención Primaria al Servicio de Nefrología del Hospital Universitario del Sureste por deterioro de la función renal. Entre sus antecedentes de interés figuran hipertensión arterial en tratamiento, dislipemia sin tratamiento, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) tipo enfisema no agudizador y accidente isquémico transitorio (AIT) con hemianopsia residual en tratamiento con Adiro.

Visto en consulta del Servicio de Nefrología del citado centro sanitario, se solicitó analítica y ecografía abdominal y se le indicó automedida de la presión arterial (AMPA).

El 6 de julio de 2016 se realiza ecografía solicitada por el Servicio de Nefrología que indica que tiene vejiga a media repleción sin lesiones evidentes en la pared, indicándose probable neuropatía del riñón derecho.

Valorado en consulta de Nefrología el día 4 de agosto de 2016, el paciente fue derivado al Servicio de Urología por tener síntomas urinarios del tracto inferior.

El paciente fue atendido por primera vez en el Servicio de Urología el día 6 de abril de 2017, solicitándose estudio de flujometría.

El día 4 de mayo de 2017 fue visto nuevamente en consulta de Nefrología. El paciente presentaba buen estado general. La analítica presentaba una ligera mejoría de la función renal, pero se observaba un aumento de proteinuria y albuminuria, así como hiperparatiroidismo, solicitándose estudio inmunológico para el estudio de la proteinuria.

Con fecha 16 de mayo de 2017 tuvo que ser atendido nuevamente por Nefrología tras acudir a Urgencias por angioedema en el labio y hemicara derecha tras el inicio de tratamiento con Enalapril y Zemplar pautado el día 4 de mayo anterior.

El día 25 de mayo se realizó el estudio de flujometría.

El día 1 de febrero de 2018 fue atendido nuevamente en consulta de Nefrología. La analítica realizada mostraba una mejoría de la función renal y descenso de la proteinuria.

El día 16 de agosto de 2018 acudió nuevamente a revisión al Servicio de Nefrología del Hospital Universitario del Sureste.

El 6 de septiembre de 2018, el paciente es visto de nuevo en consulta de Urología, donde se revisa una nueva ecografía, donde se describe *“vejiga urinaria moderadamente replecionada, lo que limita su valoración, con pequeñas imágenes diverticulares en su pared”*.

Aunque tenía programada la siguiente revisión en el Servicio de Urología para enero de 2019, el paciente acude antes al citado servicio al presentar hematuria, solicitándose una cistoscopia que se realiza en marzo de 2019 y en esa prueba se dice que no se ven lesiones con ocupación de espacio (LOES) en la vejiga.

El 9 de abril de 2019 se hace un TAC donde se dice que hay indicios de proceso neoformativo en la pared izquierda de la vejiga. Para aclarar la discordancia entre ambas pruebas se pide una RNM.

El 8 de julio de 2019 se hace la RNM y el resultado no es concluyente por poder corresponder a lesiones germinales, por lo que se sugiere que se correlacione con el resultado de cistoscopia.

El 10 de septiembre de 2019 se realiza nueva ecografía y se aprecia imagen sugerente de lesión vesical y se solicita nueva cistoscopia.

El 18 de septiembre de 2019 se realiza la cistoscopia que confirma la lesión vesical y se propone cirugía endoscópica resección transuretral (RTU) de vejiga firmando el documento de consentimiento informado (folios 22 a 25).

El 14 de octubre de 2019 se realiza la citada intervención. El resultado de la Anatomía Patológica indica inicialmente que se trata de

un tumor T1, per revisándose posteriormente se indica que es un tumor urotelial de vejiga T2 que infiltra la muscular.

El día 2 de diciembre de 2019 se cita al paciente y se le informa del resultado de la Anatomía Patológica y se remite al Servicio de Oncología para valorar la quimioterapia previa a la cirugía radical. En Oncología desestiman dar tratamiento por tratarse de un paciente con insuficiencia renal y riñón único.

El 27 de diciembre de 2019 se le informa al paciente de la necesidad de hacer cirugía radical y sus riesgos firmando ese mismo día el correspondiente documento de consentimiento informado. El documento que informa sobre la cistectomía radical indica que el procedimiento consiste, al tratarse de un hombre, en quitar la vejiga y, a la vez, la próstata. El documento de consentimiento informado contempla como posibles riesgos generales, entre otros: *“Complicaciones abdominales por la apertura del abdomen (parálisis u obstrucción intestinal que precise de reintervención, peritonitis (infección de la cavidad intestinal), fistulas (comunicaciones) intestinales que pueden requerir una nueva intervención, llegando incluso a la sepsis y muerte, pancreatitis, hepatitis postquirúrgica”*.

El 29 de enero 2020 se realiza la cirugía radical por tumor de vejiga infiltrante consistente en cistoprostatectomía radical + linfadenectomía ilioobturatrix bilateral + ureteroileostomía cutánea + apendicectomía.

El diagnóstico anatomo-patológico final de la pieza quirúrgica de la vejiga pT2b pN0, coincide con el estadio pT2 inicial de la RTU.

El postoperatorio evoluciona bien hasta que el día 3 de febrero de 2020 hay un empeoramiento brusco (5º día de la intervención,) con sospecha clínica de fistula intestinal. Tras valoración conjunta con

Cirugía General y de Aparato Digestivo, y tras remontar situación del paciente, se realiza laparotomía urgente el día 3 de febrero 2020, apreciando pequeña fistula en el intestino delgado que se sutura en dicho acto, revisando toda la cavidad abdominal sin encontrar otras alteraciones. El paciente precisa nuevo ingreso en UCI, por shock séptico secundario.

Durante su estancia en la UCI, presenta nueva complicación el día 12 febrero 2020, a los 9 días de la reintervención por fistula intestinal, que precisa nueva intervención quirúrgica urgente por hemorragia y aparición de fistulas en íleon y en recto.

El paciente permaneció ingresado en UCI y, posteriormente, en planta hasta el día 20 de marzo de 2020, fecha en la que fue dado de alta. Queda con colostomía.

Del 12 al 18 de mayo de 2020 el paciente ingresa por deterioro de la función renal que mejora con tratamiento conservador.

El 22 de septiembre de 2020 fue derivado nuevamente a Oncología y a Cirugía General, valorándose tratamiento con quimioterapia que se desestima por su situación al considerar que, incluso antes de todas las complicaciones, no era candidato a ella por la posible toxicidad y *“ahora además porque no tiene criterios clínicos, por ausencia de invasión de grasa perivesical (estadios a partir de pT3) y porque no tiene invasión de ganglios linfáticos (pNO)”*.

El día 6 de octubre de 2020 los cirujanos desestiman la reconstrucción del tracto digestivo y de la eventración por la comorbilidad (eliminar la colostomía) le ven de nuevo en abril de 2021 y siguen con el mismo criterio.

El 5 de abril de 2021 fue visto en consultas externas de Urología y no se aprecia recidiva o metástasis de la enfermedad oncológica y si se

constata que continúa la eventración de la pared abdominal y los problemas que conlleva dicha secuela, quedando pendiente de nuevo control en noviembre de 2021.

TERCERO.- Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del expediente, conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC).

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81 de la LPAC, se ha incorporado al expediente un informe del jefe de Sección de Urología del Hospital Universitario del Sureste, de 22 de octubre de 2021 que, tras analizar la asistencia prestada al paciente, concluye:

“Paciente que ha sido diagnosticado correctamente de un tumor vesical infiltrante agresivo, para el cual el tratamiento es una combinación de cirugía radical y quimioterapia. No se hizo quimioterapia, porque los especialistas encargados de su administración, han considerado en todo momento, que no se beneficiaría de la misma, debido a las enfermedades concomitantes que el paciente tenía antes de todo el proceso, como se hace constar en su historia clínica.

- Las apreciaciones del informe de reclamación patrimonial, respecto a los resultados de las pruebas diagnósticas iniciales, no se corresponden con los informes reflejados en la historia clínica, así como tampoco las fechas de la primera atención que tiene con el Servicio de Urología.*
- El estadio tumoral inicial de la primera intervención (RTU) es el mismo que el obtenido de la pieza quirúrgica, es decir un tumor urotelial de vejiga con diferenciación escamosa que afecta a la capa muscular, estadio T2.*

- *En todo momento se ha ofrecido información al paciente, por parte de Urología y por parte de los médicos de otras especialidades (Cirugía General, Oncología, Medicina Intensiva) y se ha dejado copia de consentimientos informados de las intervenciones programadas, como se hace por protocolo en nuestra unidad. No se dio consentimiento en las intervenciones urgentes, por la necesidad de actuación inmediata, ante la situación que ponía en peligro la vida del paciente.*
- *Las complicaciones sucedidas durante el postoperatorio de la cirugía radical, son reflejo de lo que sucede en este tipo de intervenciones, como queda descrito en los consentimientos informados que toman la información de la literatura médica internacional”.*

El día 29 de diciembre de 2021 el reclamante presenta escrito en el que solicita que todas las comunicaciones se dirijan a su nombre y en su domicilio y no se dirijan a nombre del despacho profesional de abogados que comparte la dirección a efecto de notificaciones indicada por el reclamante en su escrito de inicio del procedimiento.

Con fecha 22 de septiembre de 2022 el interesado presenta nuevo escrito interesándose por la tramitación del procedimiento.

El día 30 de septiembre de 2022 emite informe la Inspección Sanitaria que, tras analizar la asistencia prestada al reclamante, concluye:

“El paciente fue tratado de su lesión vesical infiltrante con cirugía radical, no pudiendo administrarle quimioterapia por su estado por las enfermedades renales que padecía los consentimientos informados que el paciente firmó recogen las complicaciones que el paciente desgraciadamente sufrió.

La principal complicación fueron las fistulas intestinales originadas como iatrogenia de la intervención y que le llevaron a sufrir un shock séptico a precisar una colostomía que se llegó a obstruir en octubre de 2021, mismo mes en el que se presentó la reclamación. La obstrucción posteriormente se solucionó y el paciente sigue en tratamiento en el hospital del Sureste, siendo la última anotación de Nefrología en febrero de 2022 y en Urología en noviembre de 2021 según se recoge en el programa Horus.

En la asistencia de este paciente no encontramos actuaciones de malpraxis en ningún momento sino la materialización de posibles complicaciones que desgraciadamente en este caso se han producido. La reclamación tampoco especifica los reproches a la situación y omite situaciones previas del paciente como su característica de monorreno e insuficiencia renal.

Concluimos afirmando que según nuestro criterio, pese a haber sufrido varias complicaciones recogidas como posibles en el consentimiento informado que el paciente firmó ha sido tratado en todo momento conforme a la lex artis”.

Con fecha 1 de diciembre de 2022 se notifica al reclamante el trámite de audiencia y el día 27 de diciembre de 2022 el reclamante formula alegaciones para reiterar que ha habido vulneración de la *lex artis* al considerar que hubo retraso en el diagnóstico de la peritonitis fecaloidea. Alega además que, aunque en el documento de consentimiento informado se mencionaran los términos “peritonitis” o “fistula”, esto no exonera al equipo asistencia “cuando no se advierte, como en el caso que nos ocupa, de las consecuencias que esta puede producir”.

Con fecha 30 de marzo de 2022 el viceconsejero de Gestión Económica y directora general de Gestión Económica del SERMAS

formula propuesta de resolución que desestima la reclamación al considerar que no concurre la antijuridicidad del daño.

CUARTO.- Por escrito del consejero de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 19 de enero de 2023 se formuló preceptiva consulta a este órgano.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 17/23, a la letrada vocal Dña. Rocío Guerrero Ankersmit que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 16 de febrero de 2023.

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

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

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

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada según consta en los antecedentes, se regula en la LPAC de conformidad con su artículo 1.1, con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

El reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al haber recibido la atención sanitaria objeto de reproche.

Se cumple, igualmente, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, por cuanto el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado por un centro sanitario público, el Hospital Universitario del Sureste.

En lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 de la LPAC el derecho a reclamar responsabilidad patrimonial a la Administración prescribe al año de manifestarse el efecto lesivo y de que se haya determinado el alcance de las secuelas.

En el presente caso, el reclamante fue intervenido el día 29 de enero de 2020 y precisó reintervención urgente el día 3 de febrero siguiente y nueva intervención el día 12 de febrero, siendo dado de alta hospitalaria el día 20 de marzo de 2020. No obstante, debe tenerse en cuenta como *dies a quo* la fecha en que el Servicio de Cirugía General valoró al paciente y desestimó la reconstrucción del tracto digestivo por la comorbilidad que conllevaba esta intervención, el día 6 de octubre de 2020, quedándose de forma permanente con la colostomía

realizada. Por tanto, la reclamación presentada el día 1 de octubre de 2021 debe considerarse formulada en plazo.

El procedimiento seguido no adolece de ningún defecto de anulabilidad o nulidad, por cuanto se han llevado a cabo todas las actuaciones necesarias para alcanzar adecuadamente la finalidad procedural y, así, se ha solicitado el informe preceptivo previsto en el artículo 81 de la LPAC, esto es, al Servicio de Urología del Hospital Universitario del Sureste.

Se ha incorporado al expediente la historia clínica y consta haberse solicitado informe a la Inspección Sanitaria. Después de la incorporación de los anteriores informes se realizó el trámite de audiencia al interesado, que ha efectuado alegaciones.

Por tanto, debe concluirse que la instrucción del procedimiento ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el art. 106.2 de la Constitución Española, que garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley, previsión desarrollada por la LRJSP en su título preliminar, capítulo IV, artículos 32 y siguientes. Regulación que, en términos generales, coincide con la que se contenía en los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común.

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 21 de marzo de 2018 (recurso de casación 5006/2016), 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 (Sección 5^a) de 15 de marzo de 2018 (recurso de casación 1016/2016), la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, como reiteradamente ha señalado dicho Tribunal (por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012 (recurso de casación núm. 4229/2011) y 4 de julio de 2013, (recurso de casación núm. 2187/2010) que *“no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente”*, por lo que *“si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido”* ya que *“la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente*

a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados”.

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la *lex artis* y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, como señalan las sentencias de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación 4397/2010) y de 27 de abril de 2015, (recurso de casación núm. 2114/2013), en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales *“puede tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido”*, cabe entender conculcada la *lex artis*, pues al no proporcionarle a los recurrentes esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal.

QUINTA.- Aplicada la anterior doctrina al presente caso, resulta probado en el expediente que el reclamante, tras la cistectomía radical realizada el día 29 de enero de 2020, con buena evolución inicial, comenzó con dolor abdominal el día 2 de febrero, siendo diagnosticado de irritación peritoneal, decidiéndose intervención quirúrgica urgente, realizándose laparotomía media con hallazgo de peritonitis fecaloidea contenida secundaria a perforación de 3-4 mm situada a unos 10 cm de distancia y proximal al Bricker, en el borde antimesentérico, que se sutura y el día 12 de febrero sufrió un shock hemorrágico y se efectuó revisión quirúrgica urgente, realizándose laparotomía objetivándose coágulo en pelvis y perforaciones en íleo y recto. Se efectuó sutura de

recto, resección de íleon con anastomosis LL y colostomía en fosa iliaca izquierda. Valorado por el Servicio de Cirugía General, se desestimó la reconstrucción del tracto digestivo por la comorbilidad que conllevaba esta intervención, quedándose de forma permanente con la colostomía realizada. El interesado reclama los daños sufridos y los condicionantes sobre la calidad de vida que padece.

Acreditada la realidad de los daños, resulta necesario examinar la concurrencia de los requisitos de relación de causalidad entre los daños sufridos y la asistencia sanitaria prestada y la antijuridicidad del daño que determinan la existencia de responsabilidad patrimonial.

El interesado alega la ausencia de documento de consentimiento informado para la intervención de cistoprostatectomía, pues hace referencia a un documento denominado “*cistectomía radical, de fecha 27 de diciembre de 2019 que no fue entregado al paciente antes de la intervención, pues de hecho no se encuentra firmado por el paciente ni por el profesional médico*”. Se alega también el retraso en el diagnóstico de la perforación intestinal.

Para centrar la cuestión relativa a la supuesta infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales que atendieron al paciente, debemos partir de lo que constituye regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de noviembre de 2019 (recurso 886/2017).

Como es sabido, y así lo destaca, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2020 (recurso 829/2017) “*las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica y este Tribunal carece de los conocimientos técnicos-médicos*

necesarios, por lo que debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos, bien porque las partes hayan aportado informes del perito de su elección al que hayan acudido o bien porque se hubiera solicitado la designación judicial de un perito a fin de que informe al Tribunal sobre los extremos solicitados”.

En el presente caso, el reclamante no aporta otra prueba pericial que demuestre que la actuación del Servicio de Urología del Hospital Universitario del Sureste fue contraria a la “*lex artis*”. Frente a la falta de actividad probatoria, el informe de la Inspección Sanitaria indica, en primer lugar, la corrección del tratamiento quirúrgico indicado al tener en cuenta las patologías previas del paciente. En este sentido, el médico inspector destaca cómo “*el paciente fue tratado de su lesión vesical infiltrante con cirugía radical, no pudiendo administrarle quimioterapia por su estado por las enfermedades renales que padecía*”.

En cuanto al documento de consentimiento informado, consta en la historia clínica un formulario impreso para cistectomía radical en el que, junto con la descripción del procedimiento en la que se señalaba que junto con la vejiga, “*en el hombre habitualmente se extrae a la vez la próstata*” y se informaba al paciente los riesgos típicos, entre los que se contemplaban complicaciones abdominales como la peritonitis y las fistulas intestinales que “*pueden requerir una nueva intervención, llegando incluso a la sepsis y muerte*”.

En relación con el retraso en el diagnóstico de la perforación intestinal, queda también probado en la historia clínica que tras la intervención el paciente ingresó en UCI, permaneciendo estable y asintomático. Al principio presentó débito serohemático, “*posteriormente en orden*”, con buen control analgésico con pauta habitual, iniciando el tratamiento broncodilatador habitual, acordando, dada la evolución descrita, su traslado a planta para continuar cuidados.

También consta en la historia clínica cómo la evolución inicial en planta también fue favorable, iniciando tolerancia oral y sedestación, hasta que el día 2 de febrero comenzó con dolor abdominal, quedando en dieta absoluta, sin mejoría y apareciendo al día siguiente, 3 de febrero, en el drenaje contenido entérico, junto con hipotensión y taquicardia, siendo valorado por el cirujano de guardia y procediéndose a realizar intervención quirúrgica urgente.

En este sentido, el informe de la Inspección Sanitaria concluye que la asistencia prestada al reclamante ha sido ajustada a la “*lex artis*”.

Conclusión a la que debemos atenernos dado que el informe de la Inspección Sanitaria obedece a criterios de imparcialidad, objetividad y profesionalidad, como ha puesto de manifiesto el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en multitud de sentencias, entre ellas la dictada el 24 de febrero de 2020 (recurso nº 409/2017):

“...sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis, puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del médico inspector, y de la coherencia y motivación de su informe”.

SEXTA.- Queda por analizar el defecto de información alegado por el interesado en relación con la cistoprostatectomía. En este punto cabe recordar que esta Comisión Jurídica Asesora viene resaltando en sus dictámenes (por todos, el 54/18, de 8 de febrero), que la necesidad de suministrar al paciente información completa de las actuaciones que se van a llevar a cabo en el ámbito de su salud, viene impuesta legalmente en el artículo 4 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.

En concreto, el artículo 8 de la misma Ley dispone sobre el consentimiento informado que “*toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso*” y, en su apartado segundo que “*el consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente*”.

La finalidad de la información es permitir al paciente tomar la decisión de someterse a la técnica médica de que se trate con conocimiento de los riesgos que pueden derivarse de la misma, y la falta de información equivale a una limitación del derecho a consentir o rechazar una actuación médica determinada, inherente al derecho fundamental a la integridad física y moral contemplado en el artículo 15 de la Constitución Española, según ha considerado el Tribunal Constitucional, en su Sentencia 37/2011, de 28 de marzo.

Como hemos sostenido en anteriores dictámenes (así el dictamen 402/21, de 31 de agosto y el 712/2022, de 22 de noviembre), en la información que se ha de ofrecer en los documentos de consentimiento informado ha de existir un equilibrio, de tal forma que se contenga una información suficiente sin caer en informaciones excesivas o de naturaleza técnica.

Como recuerda la Sentencia de 30 de septiembre de 2022, del Tribunal Superior de Justicia de Murcia (recurso 76/2020), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo (así la Sentencia de 21 de

diciembre de 2012) “*la información previa a la actividad médica no puede ser excesiva, ilimitada, ya que de lo contrario puede contrarrestar la finalidad de la misma. Pretender que en la información previa se constaten todos y cada uno de los riesgos y posibilidades existentes supone -por exceso- contravenir los principios de la norma, ya que el mismo no se adapta a la claridad, concreción y exigencia de adaptación a los conocimientos de aquellos que lo reciben*”.

El reclamante alega que la mención genérica de “*peritonitis*” o “*fistula*”, no exonera al equipo asistencial cuando no se advierte de las consecuencias que esta puede producir.

Argumentación que no se puede compartir porque el documento de consentimiento informado no se limita a dicha mención genérica, sino que se explica su significado e informa de las consecuencias, nueva intervención quirúrgica, sepsis e, incluso, la muerte.

Por lo expuesto, esta Comisión Jurídica Asesora entiende que la información facilitada al reclamante fue completa y suficiente, y le permitió conocer las complicaciones que podrían producirse, aunque la intervención cursase con arreglo a la *lex artis*, por lo que cabe concluir que fue debidamente informado con carácter previo a la cistectomía radical realizada como exigen los artículos 4 y 10 de Ley 41/2002, y que consintió la intervención conociendo las complicaciones que podrían producirse, incluida la posibilidad excepcional de la muerte, sin que en consecuencia pueda considerarse lesionado su derecho a conocer toda la información disponible sobre la actuación en el ámbito de su salud.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada al no haberse acreditado la existencia de mala praxis y no concurrir la antijuridicidad del daño.

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

Madrid, a 16 de febrero de 2023

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 71/23

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid