

Dictamen n.º: **625/24**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **17.10.24**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 17 de octubre de 2024, aprobado por unanimidad, 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 D., por los daños y perjuicios sufridos por el fallecimiento de su madre, Dña., que atribuyen a la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario Clínico San Carlos, en el diagnóstico y tratamiento de un shock séptico.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- 1. Los interesados anteriormente citados, que se dicen representados por un abogado, si bien mediante escrito firmado por uno de los reclamantes, presentado el día 8 de noviembre de 2021 en la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, formulan una reclamación de responsabilidad patrimonial por el fallecimiento de su madre que imputan a la atención prestada en el Hospital Universitario Clínico San Carlos.

El escrito de reclamación relata que, el día 13 de octubre de 2020, los interesados habían llevado a su madre a Urgencias del citado hospital,

tras una caída en su domicilio, si bien se encontraba lúcida y sin pérdida de consciencia u otro síntoma, por lo que se le dio el alta.

El escrito continúa relatando que, la paciente fue ingresada en Urgencias del Hospital Universitario Clínico San Carlos, el 21 de octubre de 2020 a las 23:00 horas y, al día siguiente, se la envió a planta con un shock séptico posiblemente bilio-pancreático. Avisada la familia, uno de los reclamantes se personó en el hospital justo antes de que fuera ingresada en la UCI, encontrándola lúcida, consciente y pudiendo hablar con ella. Refieren que se informó a la familia que la infección provenía de *“unos cálculos que le taponaban un conducto biliar (dándose el caso contradictorio de que la vesícula se la habían extirpado años atrás)”* para continuar indicando que *“estaban valorando operarla por endoscopia para extirparla los cálculos pero que estaban esperando a que se normalizaran sus constantes vitales. Además, que no estaba programada pero que dada la urgencia no quedaba otra que hacérsela cuanto antes ya que aguantarla hasta el lunes no procedería dado su estado”*.

Continuando con el relato fáctico de la reclamación, se explica que, el 24 de octubre de 2020, les avisaron de que le habían realizado la endoscopia y que se le habían extirpado los cálculos poniéndole una prótesis en el conducto, así como que la situación de su madre era grave, teniendo dificultades respiratorias y renales. Reprochan que sólo fueron informados previamente de la posibilidad de dicha intervención pero que en ningún momento se les solicitó consentimiento, ni se les informó del tipo de intervención a realizar, ni se les propuso otra alternativa dada la edad de su madre y los posibles riesgos de dicha intervención. Añaden que en el informe médico de la intervención se constata la dificultad en la entubación de su familiar, lo que podría hacer desaconsejable un procedimiento de ese tipo.

Según el escrito de reclamación, el 28 de octubre de 2020, los interesados pudieron ver a su madre encontrándola muy mal, estaba seminconsciente y no les pudo reconocer. Refieren que, alarmados hablaron con un médico de la UCI que les explicó que la edad, la anestesia y los problemas renales eran los causantes de ese estado.

Los reclamantes explican que, el 31 de octubre de 2020, ante la persistencia del estado comatoso de su madre, le realizaron un TAC cerebral por la sospecha de la existencia de una encefalopatía hipóxica isquémica por la realización de la endoscopia por vía aérea difícil y que el 6 de noviembre de 2020, volvieron a poder ver a su madre que seguía en la UCI, siendo informados de que el estado era muy frágil *“pero que no sabían exactamente lo que le pasaba”* y que dada su edad y su estado sería mejor trasladarla a planta ya que su estancia en la UCI lo que hacía era que empeorara.

El escrito de reclamación expone que, el día 9 de noviembre de 2020, la madre de los reclamantes falleció en su habitación a las 0:40 horas y, para sorpresa los interesados, en el certificado de defunción aparece que la causa inicial o fundamental fue una encefalopatía hipóxica producida por la endoscopia, siendo significativo, en su opinión, que habiendo reconocido la dificultad para realizar dicho tratamiento invasivo se empeñaran en el mismo.

Los reclamantes señalan que entendiendo las dificultades que puede entrañar un diagnóstico de una persona de 84 años, con un cuadro de dolor en Urgencias un viernes por la tarde lo cierto es que se subió a planta a la paciente sin un diagnóstico claro y que, posteriormente aunque se realizaron pruebas y se le practicó una intervención de la que no se informó a los familiares sino posteriormente, dicho tratamiento fue agresivo y forzado cuando los propios informes médicos reconocen las dificultades para entubar a la paciente y como consecuencia del mismo se

le causó la encefalopatía hipóxica isquémica que fue la causa última del fallecimiento.

Por último, señalan que han intentado obtener el historial completo de su familiar, si bien les resulta preciso el informe anestésico del procedimiento de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica CPRE y la historia clínica de Atención Primaria, que precisan para la elaboración de un informe pericial que pretenden aportar al procedimiento.

Por todo ello, se formula la reclamación para el resarcimiento del daño sufrido sin concretar el importe de la indemnización solicitada.

El escrito de reclamación se acompaña con documentación médica y el certificado de defunción de la madre de los reclamantes (folios 1 a 20 del expediente).

2. Consta que se requirió a los interesados para que subsanaran el escrito de reclamación aportándolo firmado por el reclamante que no firmó el escrito inicial o en su caso acreditaran la representación que ostentaba el abogado que decía actuar en su representación. Además, debían acreditar la relación de parentesco con la fallecida.

Los reclamantes atendieron al requerimiento aportando la firma de los dos interesados, junto con copia de su DNI respectivo, así como copia del libro de familia de la finada.

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

La madre de los reclamantes, de 84 años en la fecha de los hechos, contaba con antecedentes de interés de colecistectomía por vesícula escleroatrófica litiásica en 2004 y cistolitECTOMÍA abierta por litiasis vesical en 2006.

La familiar de los interesados acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Clínico San Carlos el 23 de marzo de 2020 refiriendo *“caída con T.C.E. una semana previa al ingreso”*, con *“P.C.R. - SARS-CoV2 positiva, G.G.T. 258 U/l, leucocituria, proteinuria, bacteriuria y piuria”*. En TAC de tórax a nivel de *“hemiabdomen superior se identificó en el colédoco intrapancreático y distal, así como en el cístico en su confluencia múltiples litiasis puntiformes, alguna mínima dilatación de la vía biliar central, ya descritos en controles previos”*. Durante el ingreso en planta de Medicina Interna se detectaron leucocitosis con neutrofilia, elevación de enzimas hepáticas, hiperbilirrubinemia y urocultivo positivo para *Enterococcus faecalis*. Recibió alta el 6 de abril de 2020 con diagnósticos de *“infección del tracto urinario (I.T.U.) Bajo con criterios de sepsis, infección por CoVID-19 y traumatismo cráneo-encefálico sin signos de isquemia aguda ni focos hemorrágicos intracraneales”*.

El 11 de abril de 2020, acudió nuevamente al Servicio de Urgencias por *“marcado deterioro del estado general, ha tropezado en su domicilio y ha caído al suelo tras lo que no ha sido capaz de levantarse. Ocasionalmente ha presentado clínica miccional”*. Se reflejó que *“desde la colecistectomía la paciente presenta dilatación de la vía biliar central con imágenes puntiformes en el colédoco intrapancreático y distal, así como en el cístico en su confluencia, compatibles con litiasis múltiples. A su ingreso presenta alteración de la bioquímica hepática a expensas fundamentalmente de G.G.T. y F.A. y en ecografía abdominal “se visualiza la dilatación de la vía intrahepática”*.

El día 13 de octubre de 2020, la paciente acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Clínico San Carlos *“por caída hacia atrás desde propia altura en el domicilio mientras se ponía la bata”*. Refería traumatismo craneoencefálico contra la mesilla de noche. Negaba pérdida de conocimiento. En exploración física no presentó focalidad neurológica ni impotencia funcional en ninguna de las extremidades. Se evidenció

herida inciso contusa occipital, realizándose limpieza y aplicación de grapas quirúrgicas. Realizado TC craneal, no se evidenciaron signos de sangrado y en las radiografías no se apreció patología ósea aguda. Dada la estabilidad clínica y hemodinámica, sin datos de alarma, se decidió el alta a domicilio con recomendaciones y detalle de signos de la alarma por los que debería volver a Urgencias.

La madre de los reclamantes acudió de nuevo al Servicio de Urgencias el día 21 de octubre de 2020, *“refiriendo empeoramiento basal de una semana, con disnea de mínimos esfuerzos. Tratada por M.A.P. hace 5 días por I.T.U. baja no complicada con persistencia de disuria, polaquiuria y tenesmo”*.

En la exploración física se encontró *“consciente y orientada, con T.A. 135/72”*. En la analítica sanguínea se detectaron *“leucocitos totales 16,9 x 10³/μl” con predominio de neutrófilos (15,6 x 10³/μl), Proteína C Reactiva en 13,7 mg/dl, Lactato sérico en 43mg/dl y Procalcitonina 4,4 con leve alteración del urianálisis”* que se consideró en relación con antibioterapia previa, procediéndose a la hospitalización

En la exploración física realizada en planta se encontró a la paciente *“taquipneica con tos seca que impresiona de náuseas (refiere sensación de dispepsia, náuseas y malestar general), abdomen distendido, blando, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, con T.A. 85/43”*. Con los datos clínicos y analíticos anteriores se estableció el *“juicio clínico de Shock Séptico de origen no filiado (posible bilio-pancreático) solicitando valoración al equipo de U.C.I.”*

En la exploración al ingreso en U.C.I., la paciente se mantenía *“consciente, orientada en espacio y persona”*, con hipotensión arterial (T.A. 75/47), taquicardia (F.C. 126 latidos/min.), saturación de O₂ 91% con oxigenoterapia por gafas nasales a 3 lit./min., *“sudorosa con aspecto deshidratado, mala perfusión distal, abdomen globuloso, distendido, que impresiona de irritación peritoneal de predominio en flanco derecho”*.

A las 17:52 horas del día 22 de octubre de 2020, se realizó ecografía abdominal portátil que reveló *“marcada dilatación de la vía biliar intra y extrahepática identificándose el colédoco en su porción proximal con una dilatación de hasta 16,5mm y objetivándose más distalmente una imagen hiperecogénica endoluminal de unos 24mm que emite sombra acústica, compatibles con coledocolitiasis”*.

El 23 de octubre de 2020 se realizó colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) con hallazgos de: *“marcada dilatación coledociana con varios defectos de replección compatibles con litiasis. Se implanta una prótesis metálica totalmente recubierta de 20mm de calibre permitiendo así la salida de contenido purulento y bilioso”*. Consta durante la intervención: *“vía área difícil CORMACK III.IOT con airtrack y frova”*.

Tras la CPRE, la madre de los interesados reingresa en la UCI.

El 24 de octubre de 2020, se anota *“sepsis secundaria a colangitis, fracaso hemodinámico. Fracaso renal no oligúrico. Mayor tendencia a la estabilidad, sin necesidad de aumentar perfusión de noradrenalina. Sedoanalgesiada con propofol y fentanilo. Corrección parcial de la acidosis metabólica postquirúrgica”*. A las 16:14 horas, de ese mismo día, extubación reglada sin incidencias con oxigenoterapia de alto flujo. Discreta mejoría de reactantes de fase aguda y reacción pancreática en analítica de control. Empeoramiento de la función renal. Tendencia a la oliguria que responde a dosis de furosemida.

El 25 de octubre de 2020, a las 14:10 horas: fracaso renal no oligúrico en progresión (creatinina 2,35 mg/dl, urea 126 mg/dl) sin criterios de hemodiálisis. Oxigenoterapia de alto flujo 40 litros/min., con regular mecánica respiratoria que mejora al estar incorporada en la cama por el componente de restricción abdominal. A nivel neurológico, está bradipsíquica y bradilálica, aunque está orientada y responde a órdenes movilizandando las 4 extremidades.

El 27 de octubre de 2020, a las 10:40 horas, inicialmente con fracaso renal que va en proceso de resolución íleo paralítico y una situación neurológica encefalópata (nivel de conciencia fluctuante, aunque si responde a órdenes y se comunica).

El 28 de octubre de 2020, la paciente mantiene regular mecánica respiratoria y mal manejo de secreciones. Mantiene misma situación neurológica con síndrome confusional hipoactivo. Estuporosa, no responde a preguntas ni obedece órdenes. Gestos faciales y movimientos mínimos a estímulos dolorosos. Ha recibido varias dosis de morfina cada noche y ayer también quetiapina. Fracaso renal con cifras de creatinina y urea en ascenso.

El 29 de octubre de 2020, presenta mejoría del nivel de conciencia tras administración de bolos de naloxona, aunque continúa encefalópata. No obedece órdenes. Se realiza interconsulta a Nefrología, por fracaso renal agudo no oligúrico mantenido. Impresiona euvolémica con buen ritmo de diuresis y dado el perfil de la paciente, se plantea de entrada manejo conservador y probar a minimizar diurético.

El 30 de octubre de 2020, la madre de los reclamantes presenta una situación clínica estancada. Continúa con aumento de urea y creatinina, a pesar de mantener diuresis, junto con bajo nivel de conciencia. Hemodiálisis intermitente.

El 31 de octubre de 2020, se anota encefalopatía multifactorial. Regular nivel de conciencia, abriendo los ojos a la llamada y con lenguaje incoherente, sin obedecer ninguna orden. Se realiza T.A.C. de cráneo sin objetivar áreas sugerentes de encefalopatía hipóxico-isquémica. Agitación fluctuante.

En el mes de noviembre, encefalopatía multifactorial en mejoría lenta. Tetraparesia. El 4 de noviembre, continúa encefalópata. Como única respuesta abre ojos espontáneamente. No obedece órdenes ni

habla, ni moviliza extremidades. Fiebre y peor nivel de conciencia. Precisa Ventimask cuando el día anterior estaba con gafas nasales convencionales. Tiene abundantes ruidos respiratorios.

El 5 de noviembre de 2020, la paciente presenta bradipnea en posible relación con fármacos por lo que se ha iniciado ventilación mecánica no invasiva. Mantiene leucocitosis sin fiebre, urea 151 mg/dl, creatinina 1,6 mg/dl. Se informa a su familia de la situación y que se entiende que se ha llegado al techo terapéutico y que por incrementar las medidas no se va a modificar el pronóstico. Se informa al hijo por teléfono de la situación y de la adecuación de medidas (no intubar).

El 6 de noviembre de 2020, la madre de los reclamantes está más reactiva que días previos. Lenguaje ininteligible, nomina bien su nombre, desorientada. Sin focalidad. Roncus bilaterales. Informo a la familia de la situación y la fragilidad de la paciente. Se planifica alta para el día siguiente.

El 7 de noviembre de 2020, la paciente recibe el alta en la UCI. Se hace constar que la enferma presentó shock séptico de origen biliar que cursó con disfunción multiorgánica inicial. Ha presentado mejoría de algunos aspectos (se ha retirado el soporte vasoactivo, la ventilación asistida, ha mejorado el perfil abdominal). Ha mantenido encefalopatía con cuadro confusional y alteración del nivel de conciencia, con agitación sin focalidad. Se realizó sesión de diálisis para excluir el factor de confusión de la uremia como causa de su alteración de conciencia. La evolución del nivel de conciencia ha sido favorable en las últimas 48 horas, aunque es fluctuante. Se informa a la familia de la situación de la paciente y de adecuar las medidas a dicha situación sin reiniciar medidas invasivas. No se considera subsidiaria de reingreso en UCI.

La paciente ingresa a cargo del Servicio de Medicina Interna el 7 de noviembre de 2020. Al día siguiente, presenta pico febril de 38,5°C y dada

la alta sospecha de infección respiratoria, posible neumonía basal derecha con estancia prolongada hospitalaria, se inicia tratamiento con piperacilina-tazobactam y vancomicina. Presenta anemia probablemente secundaria a sueroterapia. Enfermería avisa al médico de guardia por dificultad para aspirar secreciones y a su llegada encuentra a la paciente en parada cardiorrespiratoria, con *exitus* a las 00:25 horas del 9 de noviembre de 2020.

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).

Constan incorporados al procedimiento, la historia clínica de la madre de los interesados del Hospital Universitario Clínico San Carlos, así como los informes atinentes a la reclamación formulada, elaborados por los servicios que intervinieron en la asistencia médica reprochada.

Así, la anestesióloga responsable de quirófano en el citado hospital emite informe el 15 de diciembre de 2021 en el que explica, sobre el procedimiento realizado de urgencia el día 23 octubre 2020, que se recibió en quirófano a la paciente mencionada, ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos -UCI- desde el día anterior, en situación de shock séptico de origen biliar. A su llegada a quirófano, la paciente está consciente, taquipneica y normotensa a expensas de perfusión de noradrenalina. Debido a la situación clínica, se decide intubación orotraqueal de secuencia rápida previa preoxigenación. Refiere que se revisaron previamente los informes de preanestesia para procedimientos anteriores que reflejan predictores de vía aérea difícil y en los registros de las gráficas de anestesia evidencian un Cormack IIB (grado previo al III) que se solventan con la utilización de los mismos dispositivos.

El informe continúa explicando que, al realizar la laringoscopia directa, se evidencia Cormack III, que se solventa con la utilización de

videolaringoscopio tipo Airtraq y guía de ayuda tipo Frova. Subraya que, en ningún momento la saturación de la paciente disminuyó ni hubo riesgo de hipoxia. Se realizó gasometría arterial por la situación clínica de la paciente que reflejó “*pH 7,20; PCO2 51; P02 129; HCQ3· 18,6; SA02 99 %; Lactato 1,6; PAFI 319*”. Según el informe, el procedimiento quirúrgico duró 30 minutos, durante los cuales no hubo cambios en el estado de la paciente y se decidió el traslado a la UCI, intubada y sedoanalgesiada para extubación diferida, debido al estado de acidosis metabólica, dependencia de drogas vasoactivas y a la salida de abundante contenido purulento a través de la vía biliar que pudiera empeorar el estado clínico de la paciente.

Asimismo, consta incorporado el informe, de 14 de diciembre de 2021, del Servicio de Medicina Intensiva del referido hospital en el que se da explicaciones, en relación con los reproches de los reclamantes. Así, respecto a la información transmitida a la familia para la realización de una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) de urgencia, el informe alude al propio escrito de reclamación en el que se dice que el médico informó a la familia de que la paciente se encontraba en una situación crítica en la que se debía realizar de manera urgente un procedimiento (“endoscopia”). El informe explica que la CPRE, dada la situación de la paciente, shock séptico de origen biliar con disfunción multiorgánica, es un procedimiento de urgencia, para el que no existía una alternativa menos invasiva y de menor riesgo, pues el posible abordaje quirúrgico de la vía biliar, presentaba mayores riesgos que la CPRE y la opción de diferir el procedimiento no era aconsejable y el haberlo retrasado hubiera producido el fallecimiento más rápido de la paciente.

En relación con la aseveración de los reclamantes, de que su madre había sufrido la extirpación de la vesícula biliar años atrás, el informe

aclara que la extirpación de la vesícula biliar no evita de manera absoluta la formación de litiasis biliar.

Asimismo, el informe explica que, durante la estancia en el Servicio de Medicina Intensiva, la paciente mantuvo un estado de encefalopatía fluctuante al que de forma reiterada se refieren los evolutivos como multifactorial y así consta en los diagnósticos del informe de alta del servicio. Explica que por ello se intentaron descartar las posibles causas que lo pudieran justificar (alteraciones metabólicas, fármacos, hipoxia, infecciosa, ...) sin poder llegar a un diagnóstico preciso, como se transmitió a la familia.

El informe añade que la paciente ingresó en el hospital en la segunda ola de la pandemia por la Covid-19, con todo lo que ello implicó (limitación de visitas, información telefónica a los familiares y allegados, ...), lo que posiblemente pudo dificultar la comunicación con los familiares, aunque por lo que manifiestan sí estaban informados de los asuntos más relevantes.

Con fecha 24 de febrero de 2023, se emite informe por la Inspección Sanitaria que, tras analizar la historia clínica de la madre de los reclamantes y los informes emitidos en el curso del procedimiento y formular las oportunas consideraciones médicas concluye que *“aunque sus hijos recibieron información de los médicos responsables sobre su situación clínica y evolución, no se les ofreció información detallada sobre la elección del procedimiento endoscópico como el más adecuado y seguro, para el que no existen alternativas menos invasivas ni de menor riesgo en el contexto clínico de shock séptico con fallo multiorgánico de la paciente, ni se solicitó su consentimiento escrito tratándose de un procedimiento invasivo con anestesia general e intubación oro-traqueal”*, no obstante, la Inspección Sanitaria considera que *“el resto de actuaciones sanitarias en el contexto de continuidad asistencial en pandemia, desde su admisión en el Sº de URGENCIAS, hospitalización, traslado a U.C.I., C.P.R.E. con*

anestesia general e intubación oro-traqueal, intervenciones post-C.P.R.E. y alta de U.C.I. tras evolución tórpida con encefalopatía multifactorial en situación límite sin opciones terapéuticas adicionales se desarrollaron en correspondencia con las prácticas clínicas seguras avaladas por la evidencia científica”.

Tras el informe de la Inspección Sanitaria, se incorporó nueva documentación médica del Hospital Clínico San Carlos relativa a la madre de los interesados, así como un nuevo informe del Servicio de Anestesiología y Reanimación de dicho hospital, fechado el 23 de enero de 2024.

El citado informe explica, en relación al consentimiento informado para la CPRE que *“la situación crítica de la paciente, la falta de respuesta al tratamiento y la elevada mortalidad del diagnóstico de shock séptico de origen biliar (alrededor del 50%, Anexo 2), hacen que sea trasladada rápidamente a quirófano para la realización urgente del procedimiento. Se le explica lo que se le va a hacer desde la UCI hasta la entrada a quirófano y se procede con el consentimiento oral, dada la situación clínica”.*

En relación con el método anestésico elegido, el informe señala que la paciente no era candidata a una sedación profunda y sí a una anestesia general. El riesgo de depresión respiratoria, mayor desaturación de oxígeno, posibilidad de un manejo invasivo de la vía aérea en una situación más crítica y mayor inestabilidad hemodinámica era muy alto.

Respecto a la valoración preoperatoria, el informe explica que *“en el caso de los procedimientos realizados de forma urgente (como otros tipos de procedimientos e intervenciones), la valoración se realiza previo a la anestesia en la puerta de quirófano, hablando con el paciente y además revisando su historia clínica, antecedentes personales, pruebas complementarias obligatorias para ese momento: analítica completa, radiografía de tórax y electrocardiograma. En este caso en particular*

dichas pruebas complementarias estaban completas, por lo que se procedió a la realización de la anestesia”.

El informe incide en las explicaciones ya dadas sobre el manejo de la vía aérea durante el procedimiento, que no comprometió la oxigenación de la paciente como se reflejó en la gasometría intraoperatoria y, además, en la tomografía axial computarizada (TAC) realizada el día 31 de octubre, con la sospecha de encefalopatía hipóxica por las alteraciones del estado cognitivo de la paciente se descartó este diagnóstico.

El 7 de febrero de 2024, se emitió informe ampliatorio por la Inspección Sanitara que ratificó las conclusiones de su anterior informe.

Tras dicho informe, se incorporó al procedimiento el informe de 12 de abril de 2024 del Servicio de Aparato Digestivo que concluye que la madre de los reclamantes necesitaba un procedimiento urgente dada su situación clínica grave, de riesgo vital, y que la CPRE era el mejor procedimiento en ese caso.

Consta que se ha conferido trámite de audiencia a los interesados en tres ocasiones, la última, el 5 de junio de 2024. Con fecha 25 de junio de 2024, registran el oportuno escrito de alegaciones, en el que solicitan la suspensión del trámite durante tres meses para realizar los correspondientes estudios que permitan cuantificar la reclamación, y, en caso de no ser concedida dicha suspensión, solicitan una indemnización de 80.000 euros, ratificándose en los términos de su reclamación.

Finalmente, el 13 de agosto de 2024, se elabora por la viceconsejera de Sanidad y directora general del Servicio Madrileño de Salud, propuesta de resolución en la que se interesa estimar parcialmente la reclamación de responsabilidad patrimonial reconociendo a los interesados una indemnización de 9.000 euros, por infracción del derecho a la información de los reclamantes.

CUARTO.- Por escrito de la consejera de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 27 de agosto de 2024 se formuló preceptiva consulta a este órgano consultivo.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 590/24, a la letrada vocal Dña. Ana Sofía Sánchez San Millán que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 17 de octubre de 2024.

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 indeterminada y por 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, 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.

Los reclamantes ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4 de la LPAC, en relación con el artículo 32.1 de la LRJSP, en cuanto que familiares (hijos) de la persona que falleció por la asistencia sanitaria que consideran incorrecta, y cuyo fallecimiento les ocasionó un indudable daño moral. Acreditan su parentesco mediante fotocopia del libro de familia.

No obstante, los reclamantes también reprochan que solo fueron informados de la posibilidad de endoscopia para extraer los cálculos biliares a su madre, pero que se esperaba normalización de constantes vitales antes de proceder con la intervención. Aducen que no se les solicitó su consentimiento ni fueron informados del tipo de intervención, sus posibles riesgos, ni se les propuso otra alternativa por la edad de la paciente para extraer los cálculos biliares, teniendo en cuenta las dificultades de intubación de la enferma que se manifestaron durante el procedimiento. Al respecto, la Inspección Sanitaria reconoce la falta información a los familiares y de la firma del correspondiente documento de consentimiento informado para la CPRE, por parte de los hijos.

Ahora bien, la cuestión que en este punto ha de solventarse es la de si correspondía a los reclamantes la autorización mediante su firma del documento de consentimiento informado para la intervención de su familiar. En este punto, cabe recordar que, artículo 5.1 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 adelante, Ley 41/2002), el titular del derecho a la información es el propio paciente. No obstante, el mismo precepto continúa en los siguientes términos: *“También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita”*.

En virtud del citado precepto, los familiares, siempre que no haya una manifestación contraria por parte del paciente, tienen derecho a ser informados del estado y evolución del enfermo. Ahora bien, se hace preciso diferenciar este derecho a la información de la prestación de consentimiento informado, que solo correspondía al paciente y que, excepcionalmente, se puede admitir que lo presten los familiares en los casos previstos en el artículo 9 de la Ley 41/2002.

Conforme a lo establecido en la propia ley, correspondería la firma del documento de consentimiento informado a los familiares por representación, en tres supuestos, si bien dos de ellos podrían ser trasladables al caso que nos ocupa, pues el tercero se refiere a menores de edad. Así, (artículo 9.3 a)) *“cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho”* o bien (artículo 9.3 b)) *“cuando el paciente tenga la capacidad modificada judicialmente y así conste en la sentencia”*.

En este caso, no consta que la madre de los interesados se encontrara incapacitada judicialmente, y en cuanto al primero de los supuestos, de los datos que figuran en la historia clínica no parece desprenderse que la enferma no fuera capaz de tomar decisiones pues consta que cuando ingresó en Urgencias el 21 de octubre de 2020 estaba consciente y orientada, de igual modo lo estaba antes de su ingreso en

UCI, el 22 de octubre de 2020, según consta en la historia clínica y reconocen los propios interesados en su escrito de reclamación, señalando que uno de los hijos se personó en el hospital justo antes de que fuera ingresada en la UCI, encontrándola lúcida, consciente y pudiendo hablar con ella.

Por tanto, considerando que correspondía a la paciente prestar el consentimiento, tal y como viene señalando esta Comisión Jurídica Asesora (dictámenes 485/20, de 27 de octubre, y 135/24, de 14 de marzo, entre otros muchos), los familiares no tienen derecho a reclamar sobre el documento de consentimiento informado y por la falta de información dada a su familiar fallecido, ya que se trata de un derecho personalísimo del propio paciente, que únicamente a él afecta, para haber decidido someterse a un tratamiento u operación concreta.

En cuanto a la consideración de la falta del documento de consentimiento informado como un daño personalísimo, esta se deduce del citado artículo 5.1 de la Ley 41/2002. También el Tribunal Constitucional consideró en su Sentencia 37/2011, de 28 de marzo, que la privación de la posibilidad de decidir de forma voluntaria y consciente su sometimiento a una intervención quirúrgica es una vulneración de la integridad física y moral del paciente. Y, precisamente, por tratarse de un daño infligido al paciente, no cabe que los familiares lo reclamen, ya que carecen de legitimación activa para ello. Y ello porque 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”* en los términos del artículo 3 de la Ley 41/2002.

Ahora bien, si cabría reconocer legitimación de los interesados para reclamar al amparo de lo dispuesto en el citado artículo 5.1 de la Ley 41/2002, por vulneración de su propio derecho a la información sobre el estado y evolución de la enferma, que es distinto a la privación de la

posibilidad de decidir de forma voluntaria y consciente su sometimiento a una intervención quirúrgica que corresponde solo y exclusivamente a la paciente.

Se cumple, igualmente, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, por cuanto el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado en un centro sanitario público de la Comunidad de Madrid, como es el caso del Hospital Universitario Clínico San Carlos.

Por último y 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 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 el presente caso, ocurrido el fallecimiento de la madre de los reclamantes el día 9 de noviembre de 2020, la reclamación presentada el 8 de noviembre de 2021 se ha formulado en plazo legal.

Por lo que se refiere al procedimiento seguido en la tramitación de la reclamación de responsabilidad patrimonial, se observa que en cumplimiento del artículo 81 de la LPAC se ha emitido informe por los servicios médicos que intervinieron en la asistencia prestada a la madre de los reclamantes en el Hospital Clínico San Carlos, constando los emitidos por los servicios de Anestesiología y Reanimación y por Medicina Intensiva. También se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la paciente. Asimismo, se han emitido dos informes por la Inspección Sanitaria, el segundo tras la incorporación de nueva documentación e informe médico. Tras ello, se confirió trámite de audiencia a los reclamantes y, finalmente, se redactó la propuesta de resolución, en sentido estimatorio parcial de la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 106.2 de la Constitución Española y 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. Según constante y reiterada jurisprudencia, el sistema de responsabilidad patrimonial presenta las siguientes características: a) unitario: rige para todas las Administraciones; b) general: abarca toda la actividad -por acción u omisión- derivada del funcionamiento de los servicios públicos, tanto si éstos incumben a los poderes públicos, como si son los particulares los que llevan a cabo actividades públicas que el ordenamiento jurídico considera de interés general; c) de responsabilidad directa: la Administración responde directamente, sin perjuicio de una eventual y posterior acción de regreso contra quienes hubieran incurrido en dolo, culpa, o negligencia grave; d) objetiva, prescinde de la idea de culpa, por lo que, además de erigirse la causalidad en pilar esencial del sistema, es preciso que el daño sea la materialización de un riesgo jurídicamente relevante creado por el servicio público; y, e) tiende a la reparación integral.

Para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas; b) que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran alterar dicho nexo

causal; c) ausencia de fuerza mayor; y d) que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

La responsabilidad de la Administración 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, siendo imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

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 nexo causal entre la actuación médica y el daño recibido, y que éste sea 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” (STS Sección 6ª Sala CA, de 7 marzo 2007).

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 (SSTS 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.- En este caso, como hemos visto en los antecedentes, los reclamantes reprochan que existió error de diagnóstico que motivó el ingreso para posteriormente la realización con urgencia de un procedimiento agresivo dada la edad y condición de la paciente, cuando los propios informes médicos reconocen las dificultades para entubar a la enferma, provocándole una encefalopatía hipóxica isquémica que fue la causa última del fallecimiento.

Centrado el objeto de la reclamación en los términos expuestos, vamos a analizar los reproches enunciados, 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), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo. Además, como añade la citada sentencia, *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica”*.

En este caso, los reclamantes no han aportado al procedimiento un informe pericial para fundamentar los reproches de mala praxis anteriormente enunciados y aunque anunciaron su aportación en su escrito inicial de reclamación, una vez obtuvieran la documentación clínica precisa, han tenido tiempo suficiente durante la tramitación del procedimiento, que ha tardado casi tres años desde su inicio, para aportarlo.

Frente a la falta de actividad probatoria de los interesados, los informes médicos que obran en el expediente contrastados con la historia clínica examinada descartan la mala praxis denunciada. En particular, la Inspección Sanitaria ha considerado, sin perjuicio de lo analizado anteriormente en cuanto al documento de consentimiento informado, que la actuación sanitaria reprochada fue acorde a la *lex artis ad hoc*.

Así, analizando cada uno de los reproches, cabe referirnos, en primer lugar, al error de diagnóstico que mencionan los interesados. En este sentido, consta que en la primera atención en el Servicio de Urgencias el día 21 de octubre de 2020, no se estableció un diagnóstico definitivo y los síntomas orientaban a una infección del tracto urinario. En este punto, la Inspección Sanitaria explica que el diagnóstico realizado en Urgencias estuvo basado en el antecedente reciente de infección del tracto urinario baja, tratada por su médico de Atención Primaria, con persistencia de disuria, polaquiuria y tenesmo vesical, que junto a las alteraciones analíticas detectadas justificaron la hospitalización. Refiere que, aunque el episodio clínico se hubiera cerrado en el Servicio de Urgencias, el diagnóstico y tratamiento no son actos sino un proceso continuo, y el ingreso hospitalario en este caso estuvo justificado por criterios clínicos y analíticos de modo que, a criterio de la Inspección, no se aprecia fallo de diagnóstico que motivó el ingreso. La continuidad asistencial a nivel hospitalario permitió que con la ecografía abdominal portátil solicitada al ingreso se redefiniera el diagnóstico hacia una patología biliar aguda en el contexto de coledocolitiasis persistente post-colecistectomía.

Además, la Inspección Sanitaria incide también en que la conducta seguida en el Servicio de Geriátrica, donde fue remitida la paciente desde el Servicio de Urgencias fue adecuada a la situación clínica de la paciente, en cuya exploración física se detectaron distensión abdominal, con persistencia de náuseas e hipotensión arterial identificando el shock séptico y solicitando valoración urgente por el equipo de la U.C.I.

Además, para la Inspección Sanitaria, aunque el diagnóstico ecográfico hubiera estado disponible antes, la rápida evolución hacia el shock séptico justificaba un período de estabilización hemodinámica previo a la intervención, que, en estas circunstancias, era el procedimiento de elección para control del foco biliar.

Los reclamantes también cuestionan el diagnóstico final, pues a la paciente se la había extirpado la vesícula años atrás. En este punto, la Inspección Sanitaria explica que, después de la colecistectomía, pueden formarse cálculos primarios como resultado de la estasis biliar (p. ej., debido a una estenosis postoperatoria) y de la infección consecuente. El porcentaje de cálculos ductales aumenta con el tiempo transcurrido desde la colecistectomía por lo que, corroborando lo expresado en el informe del Servicio de Medicina Intensiva, destaca que no resulta contradictorio el hallazgo de litiasis biliar en pacientes sometidos a colecistectomía previa. Entre el 5-40% de los pacientes colecistectomizados desarrollan un síndrome post-colecistectomía caracterizado por aparición de cólicos biliares por trastorno funcional o estructural del esfínter de Oddi, dispepsia, pancreatitis, retención de un cálculo en un conducto biliar, diarrea y reflujo gastroesofágico.

Por lo que se refiere a la inconveniencia de la CPRE reprochada por los interesados por la difícil entubación de la paciente, la Inspección Sanitaria es clara al indicar que dicha intervención *“con anestesia general e intubación oro-traqueal era el método más adecuado y seguro en las condiciones de alto riesgo vital de esta paciente, y no apreciamos evidencias de hipoxia durante el procedimiento”*. Así, explica que la condición de vía aérea difícil en sí misma no contraindica ni desaconseja la intervención, cuya indicación y ubicación cronológica dentro del proceso asistencial resultan del análisis multidisciplinario y no dependen de criterios empíricos ni de la subjetividad de ninguno de los especialistas que a nivel individual intervienen en el proceso.

En relación con ello, destaca que en el informe emitido por la anesthesióloga responsable del quirófano en la fecha de los hechos, se explica que la paciente llegó a quirófano en situación consciente, taquipneica con tensión arterial normal a expensas de perfusión continua de vasopresor iniciada en U.C.I. y que por su situación clínica e informes de preanestesia para intervenciones previas con predictores de vía aérea difícil se decidió utilizar laringoscopia directa con videolaringoscopio tipo Airtraq y guía de ayuda tipo Frova e intubación orotraqueal de secuencia rápida con hallazgo de acidosis metabólica (pH 7,20) sin evidencias de saturación baja de O₂ (S.A.O₂ 99%) ni hipoperfusión tisular (P.A.F.I. 319 y lactato sérico arterial 1,6mM) durante el acto anestésico / endoscopia.

Respecto al estado comatoso posterior a la CPRE, que los interesados consideran que *“no parecía una consecuencia lógica o presumible dado el tipo de intervención”*, la Inspección Sanitaria señala que en la historia clínica queda constatado que desde el 25 de octubre de 2020 la paciente se encontraba en situación de encefalopatía, inicialmente con bradipsiquia y bradilalia, manteniendo en lo sucesivo un nivel de encefalopatía fluctuante. En palabras de la Inspección Sanitaria, tal situación no puede considerarse consecuencia lógica ni presumible de la CPRE con anestesia general e intubación oro-traqueal en paciente con diagnóstico pre-anestésico de vía aérea difícil; su origen multifactorial se inicia, como factor fundamental, en la situación de shock séptico con fracaso multiorgánico, con el resto de factores, modificables o no, que interactuaron hasta el desenlace del proceso asistencial.

En cuanto al hecho de que en el certificado médico de defunción conste encefalopatía hipóxica como causa inicial o fundamental, y sepsis de origen biliar en el apartado *“otros procesos”*, la Inspección Sanitaria explica que este documento médico-legal resume como causas inmediata, intermedias, inicial o fundamental y otros procesos con carácter presuntivo la información que el médico firmante puede reunir en una revisión rápida de la historia clínica, y no está basado en un estudio

detallado de la misma ni en pruebas post-mortem que le permitan resumir con mayor nivel de exactitud y precisión el proceso asistencial. En este sentido, el informe del Servicio de Medicina intensiva explica que el diagnóstico de encefalopatía hipóxico-isquémica se cita en la historia clínica como probable en base a que la paciente fue sometida a un procedimiento diagnóstico-terapéutico invasivo con anestesia general e intubación oro-traqueal, si bien se solicitó una T.A.C. craneal urgente en cuyo informe no aparece ninguno de los signos que confirmarían dicho diagnóstico. Por otra parte, al menos en 3 comentarios evolutivos se cita el término encefalopatía multifactorial, que es el que la Inspección Sanitaria considera el adecuado a la situación clínica y evolución de la paciente.

Por tanto, de los informes médicos que obran en el procedimiento, cuyo criterio es corroborado por la Inspección Sanitaria, y que no se ha desvirtuado por los interesados, se acredita que a lo largo de la asistencia sanitaria de la madre de los reclamantes se siguieron las actuaciones adecuadas, en palabras de la Inspección Sanitaria, “*en el contexto de continuidad asistencial en pandemia*” y “*en correspondencia con las prácticas clínicas seguras avaladas por la evidencia científica*”.

Por último, en cuanto a la falta de información a los familiares, que como hemos dicho antes, es un derecho distinto al consentimiento para la intervención, que es un derecho personalísimo de la paciente, no se observa el déficit que se reprocha, pues como ellos mismos reconocen con carácter previo a la intervención se les manifestó la necesidad de realizar una endoscopia, que se estaba esperando a la normalización de las constantes vitales y que dada la urgencia debía hacerse cuanto antes, pues no podía demorarse dado el estado de la paciente.

Además, según los informes médicos que obran en el procedimiento, no existía una alternativa menos invasiva y de menor riesgo, pues el posible abordaje quirúrgico de la vía biliar, presentaba mayores riesgos

que la CPRE y la opción de diferir el procedimiento no era aconsejable y el haberlo retrasado hubiera producido el fallecimiento más rápido de la paciente. Asimismo, como recoge la Inspección Sanitaria en su informe, tal y como hemos dicho antes, la condición de vía aérea difícil en sí misma no contraindicaba ni desaconsejaba la intervención, de modo que la CPRE con anestesia general e intubación oro-traqueal era el método más adecuado y seguro en las condiciones de alto riesgo vital de esta paciente.

Por último, según hemos dicho, el fallecimiento de la paciente no trajo causa de la CPRE, que no produjo la hipoxia que se denuncia, sino de su estado previo, por lo que, aunque se admitiera a efectos dialécticos que se produjo el déficit de información denunciado, cabe recordar como hicimos en nuestro dictamen 616/21, de 23 de noviembre, la Sentencia del Tribunal Supremo de 4 de febrero de 2021 (rec. 3935/2019) cuando señala “...*que el incumplimiento de aquellos deberes de información sólo deviene irrelevante y no da por tanto derecho a indemnización cuando ese resultado dañoso o perjudicial no tiene su causa en el acto médico o asistencia sanitaria*”.

Por todo cuanto antecede, la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al carecer los interesados de legitimación activa para reclamar por el derecho de información a la paciente y no haberse acreditado infracción de la *lex artis ad hoc* en la asistencia sanitaria reprochada.

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 17 de octubre de 2024

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 625/24

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid