

Dictamen n.º: **198/25**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **10.04.25**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 10 de abril 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 el abogado de Dña., Dña., y Dña., por los daños y perjuicios derivados de la deficiente asistencia sanitaria dispensada a su respectivo cónyuge y padre, D., en el Hospital Universitario 12 de Octubre, al considerar que hubo un retraso en el diagnóstico y tratamiento de una metástasis en el peritoneo.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El expediente de responsabilidad patrimonial trae causa del escrito formulado por el abogado de las personas citadas en el encabezamiento de este dictamen, presentado el 10 de julio de 2023 en el registro del Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital.

El escrito relata la evolución clínica del familiar de las reclamantes desde que fue valorado el 29 de septiembre de 2021 por los facultativos del Servicio de Medicina Interna del Hospital

Universitario 12 de Octubre (quienes solicitaron una colonoscopia de modo preferente, realizada el 6 de octubre de 2021, con el resultado de “*neoplasia de colon aspecto invasivo infranqueable en la unión rectosigmoidea*”), hasta su fallecimiento, el día 11 de julio de 2022. A continuación, y con base en un denominado “*informe pre-pericial referente a negligencia médica*”, realizado por un licenciado en Medicina y Cirugía, médico especialista en Neurocirugía, se realizan las siguientes consideraciones:

“La actuación de los facultativos de los servicios médicos del Hospital Universitario 12 de Octubre que le prestaron asistencia sanitaria es incorrecta, poco diligente e inadecuada a la lex artis:

- *Existe un evidente error diagnóstico, situación que condujo a un manejo terapéutico equivocado. Se hizo caso omiso del estudio de estadificación (estudio en el que objetivan signos de invasión vascular y de la grasa adyacente) en un paciente con anatomía patológica de adenocarcinoma con células claras y células en anillo de sello (predisposición asociada a metástasis en peritoneo). Es irresponsable la ausencia de consideración de esa exploración (cuando precisamente se efectúa para objetivar la estadificación local y los factores de riesgo concurrentes en aras a decidir su manejo correcto), circunstancia que hubiese convertido la errada actitud terapéutica realizada en una estrategia paliativa adecuada y acorde a la práctica clínica aceptada.*
- *Existe omisión del consentimiento informado y vulneración de la autonomía del paciente”.*

Las reclamantes indican que el 3 de noviembre de 2021, su familiar fue intervenido quirúrgicamente, realizándose una resección de tumor primario y que, como consecuencia de

dicha intervención, se vio postrado en la cama, siéndole reconocido el grado 3 de dependencia y perdiendo absolutamente la calidad de vida que tenía hasta entonces, lo que sería definitivo hasta el momento precipitado de su fallecimiento. Además, y por ello, según señalan, toda la familia tuvo que recibir tratamiento psicológico, situación que, a día de interposición de la reclamación, se mantiene farmacológicamente, con revisión por los médicos de cabecera y, en el caso de una de las reclamantes, aún se le presta tratamiento por el “*Servicio de Psicología del Centro de Paliativos*”.

En cuanto al importe de la indemnización solicitada, asciende a la suma de 886.505,67 euros, con el siguiente desglose:

- Pérdida de calidad de vida desde la intervención irregular hasta el fallecimiento, pues el familiar de las reclamantes pasó de tener una vida relativamente adecuada a su edad y a su estado de salud, a perder la totalidad de las actividades esenciales de su autonomía personal. Tabla 2.B.3: 178.538,42 euros.

- Perjuicio moral por pérdida de calidad de vida de los familiares de grandes lesionados. Tabla 2.B.4: 178.538,42 euros, para cada una de las tres solicitantes: 517.761,42 euros.

- Fallecimiento.

- Perjuicio Básico Tabla 1.A.

Categoría 1. 83.317,93 euros, más 1.190,26 euros por cada año adicional de convivencia en exceso de los 15, esto es 36 años (estuvieron casados desde el 5 de febrero de 1971) = 42.849,36 euros.

- Categoría 3. Dos hijas con más de 30 años, $23.805 \times 2 = 47.610,24$ euros.

- Tabla 1.B. Perjuicios particulares (75%) por cada una:

Tabla 1.C. Perjuicio patrimonial. Sin necesidad de justificación $476,10 \times 3 = 1.428,30$ euros. Acreditables mediante facturas 15.000 euros.

Con el escrito de reclamación se adjunta el citado “*informe prepericial*”, así como un documento privado, firmado por las reclamantes, por el que confieren su representación al abogado firmante del escrito de reclamación (folios 1 a 18 del expediente administrativo).

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

Se trata de un paciente, de 76 años de edad en el momento de los hechos, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus II, dislipemia y enfermedad renal crónica.

Con fecha 18 de agosto de 2021, presenta trombosis venosa cerebral de senos venosos sagital superior, transverso y sigmoideos izquierdos, en probable relación con anticoagulante lúpico + asociando crisis comiciales parciales con generalización secundaria sintomáticas, que requiere ingreso en la Unidad de Ictus del Hospital Universitario 12 de Octubre hasta el 26 de agosto de 2021, pendiente de valoración en consulta de Enfermedades Tromboembólicas (en Medicina Interna), de TAC toraco-abdomino-pélvico y aumento de Ca 19.9, para estudiar etiología o para descartar neoplasia.

El 21 de septiembre de 2021, se realiza TAC: *“engrosamiento circunferencial de la pared de la unión rectosigmoidea, a completar estudio mediante endoscopia para descartar neoplasia primaria. Prominencia del conducto pancreático principal en proceso uncinado, sin otros hallazgos asociados. Pequeños nódulos pulmonares indeterminados”*.

En consulta de Medicina Interna el 29 de septiembre de 2021, el paciente refiere buen estado general. No ha perdido de peso (ha ganado 1 Kg). Tiene apetito, sin astenia. Deposiciones normales, con estreñimiento habitual, sin cambios. Sin sangrados macroscópico. Exploración física sin alteraciones significativas. Se solicita colonoscopia urgente y cita con resultados. Diagnóstico: neoplasia de aspecto invasivo infranqueable en la unión rectosigmoidea.

Resultado de Anatomía Patológica: *“biopsia remitida como “unión rectoesofágica”, que muestra mucosa colorrectal con invasión por carcinoma pobremente diferenciado que sugiere que se trata de un adenocarcinoma. Se observa focalmente áreas de células claras y aisladas células en anillo de sello. Con presencia de ruptura de glándulas y mucina (afectan aproximadamente al 20% de la lesión)”*.

Con fecha 13 de octubre de 2021, en consulta de Medicina Interna, se deriva al paciente a consulta urgente con Cirugía General, fijada para el 18 de octubre de 2021, y se pide resonancia magnética para estadiaje local.

El paciente acude a valoración por Cirugía General el citado 18 de octubre de 2021. Se valoran las pruebas realizadas: análisis, TAC toraco-abdomino-pélvico, electrocardiograma, colonoscopia y resultado de Anatomía Patológica. Se decide inclusión en la lista de espera quirúrgica y se entregan los documentos de consentimiento informado, que se firman.

El 21 de octubre de 2021, se realiza la resonancia magnética pélvica: engrosamiento circunferencial de la pared que inicia aproximadamente a 14 cm del margen anal y se extiende proximalmente 5-6 cm aproximadamente, correspondiendo, por tanto, a neoplasia de recto superior con extensión a la unión recto-sigmoidea y sigma. El tumor se localiza por encima de la reflexión peritoneal. No existe distensión adecuada en dicho segmento por tanto es de difícil valorar el componente de estenosis que condiciona la lesión. No hay clara dilatación obstructiva retrógrada de sigma en el momento actual.

Dada la escasa distensión del engrosamiento neoplásico, se valora de forma limitada; existen algunas áreas ligeramente hiperintensas que sugieren que podría existir componente mucinoso. En el tercio medio de la lesión, existen espiculaciones hacia la grasa adyacente y, en el lado izquierdo, además, se aprecia una estructura tubular y vasos prominentes adyacentes que sugieren afectación vascular y probablemente pequeña adenopatía acompañante (4-5mm). No se observan adenomegalias ni otras adenopatías sospechosas salvo lo ya descrito. Pequeña cantidad líquido libre en pelvis.

Conclusión: neoplasia que afecta a recto superior, unión rectosigmoidea y sigma con espiculaciones a la grasa adyacente (invasión) y signos que sugieren probable invasión vascular. Áreas hiperintensas en la lesión, que sugieren presencia de componente mucinoso. Probable pequeña adenopatía (4-5 mm) en el área de invasión vascular.

Con fecha 3 de noviembre de 2021, se lleva a cabo la intervención quirúrgica:

“Hallazgos: implantes tumorales peritoneales milimétricos (carcinomatosis miliar) en todos los cuadrantes del peritoneo

parietal y visceral. Escasa cantidad de líquido libre en pelvis (se toma muestra para estudio citológico) Tumor en unión rectosigmoidea con tatuaje distal. Colon diverticular con mesos grasos y cortos.

Técnica quirúrgica: dado que se trata de una neoplasia estenosante y grande, se decide resección de tumor primario a pesar del hallazgo de carcinomatosis peritoneal que condiciona el pronóstico del paciente. Movilización de sigma y colon descendente de parietocólico izquierdo con identificación de uréter izquierdo. Disección de vasos sigmoideos y arteria rectal superior, con dificultad por infiltración inflamatoria de la grasa y mesos cortos. Sección de vasos sigmoideos con endoGÍA carga dorada. Sección de arteria rectal superior entre hem-o-lok. Disección de recto superior por debajo de tatuaje endoscópico. Sección en recto superior con endoGÍA carga morada de 45 mm (4 disparos). Refuerzo muñón rectal con V-lok en zona de sangrado. MiniPfannestiel. Alexis. Extracción de pieza. Sección en sigma. Cierre de miniPfannenstiel con Maxon 2/0. Piel con grapas. Colostomía transrectal izquierda fijada a aponeurosis en puntos cardinales con Vicryl 2/0”.

De la sigmoidectomía laparoscópica inicialmente prevista, se reconvierte intraoperatoriamente en Hartmann paliativo.

El paciente recibe el alta hospitalaria el 1 de diciembre de 2021. Diagnóstico principal: adenocarcinoma de colon pT4aN2bM1c (carcinomatosis peritoneal. Cáncer colorrectal estadio IV).

Es valorado por el Comité de Tumores y por el Servicio de Oncología Médica el 15 de diciembre de 2021, e inicia quimioterapia paliativa el 21 de enero de 2022.

Desde el 28 de marzo de 2022, el paciente abandona el seguimiento en el Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario 12 de Octubre, para continuar su tratamiento hasta su fallecimiento en el Hospital Universitario Infanta Cristina de Parla. Es *exitus* el día 11 de julio de 2022.

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 (en adelante, LPAC).

Se incorporó al expediente la historia clínica y, en cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 79 y 81.1 de la LPAC, se aportó también el informe del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario 12 de Octubre, de 1 de agosto de 2023, que se limita a relatar la asistencia sanitaria dispensada al paciente por el referido servicio, señalando que *“...se solicitó un TAC toraco-abdominal, realizado el 21 de septiembre, que detectó la presencia de una lesión sospechosa de tumor en la unión rectosigmoidea. Ante este hallazgo, se solicitó una colonoscopia preferente, que se realizó el día 6 de octubre. El día 13 de octubre fue visto de nuevo en nuestra consulta, donde recibimos la confirmación de que dicha lesión correspondía a un adenocarcinoma de colon. En esa misma visita, se solicitó una interconsulta urgente al Servicio de Cirugía y una resonancia magnética pélvica para completar el estadiaje del tumor. Fue valorado por el Servicio de Cirugía el día 18 de octubre, indicándose tratamiento quirúrgico.*

A partir de ese momento, el Servicio de Medicina Interna no volvió a tener ninguna intervención relevante en el devenir del paciente”.

De igual modo, ha emitido informe, con fecha 20 de julio de 2023, el Servicio de Cirugía General y Digestivo del centro

hospitalario, en el que, entre otras conclusiones, se indica que *“el diagnóstico intraoperatorio de carcinomatosis micronodular, sin ser detectada en las pruebas preoperatorias, es posible. Este hallazgo determina la evolución postoperatoria (generalmente tortuosa) y el pronóstico vital del paciente (generalmente desfavorable) ...”*.

Posteriormente, con fecha 31 de julio de 2024, la Inspección remite su informe, en el que, tras examinar la historia clínica, los informes emitidos en el curso del procedimiento y efectuar las oportunas consideraciones médicas, considera que la atención sanitaria dispensada al paciente por parte de los diferentes servicios implicados fue ajustada a la *lex artis* y que *“no existió un defecto de información en cuanto a la firma de los consentimientos informados de la cirugía del día 3 de noviembre de 2021”*.

Concluida la instrucción del procedimiento, y por oficio de 27 de enero de 2025, se dio traslado del expediente para alegaciones a las reclamantes, quienes, mediante escrito de su abogado, remitido el 11 de febrero de 2025, se ratifican en su reclamación de responsabilidad patrimonial en cuanto a la existencia de una falta de diligencia en la asistencia médica prestada y manifiesta su disconformidad con las conclusiones expuestas en el informe de la Inspección Sanitaria, refiriendo que *“... debido a la mala praxis se precipitó el resultado de fallecimiento ... los daños y lesiones sufridas por el Sr... no se hubieran producido si se hubiera observado la resonancia magnética, evitando una cirugía no recomendable, y en consecuencia una pérdida importante en la calidad de vida, no ya sólo del Sr..., sino, como consecuencia de esta, de la de su familia”*.

Finalmente, con fecha 10 de marzo de 2025, la viceconsejera de Sanidad y directora general del Servicio Madrileño de Salud, formula una propuesta de resolución que desestima la reclamación

al considerar que la asistencia sanitaria dispensada es conforme a la *lex artis* y el daño reclamado no resulta antijurídico.

CUARTO.- El 18 de marzo de 2025 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid solicitud de dictamen en relación con la presente reclamación de responsabilidad patrimonial.

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente al letrado vocal D. Francisco Javier Izquierdo Fabre, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 10 de abril 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, dado que este

procedimiento se incoó a raíz de la reclamación formulada con posterioridad a la entrada en vigor de dicha norma.

Las 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 cónyuge e hijas del paciente, cuyo fallecimiento les ha ocasionado un indudable daño moral, exonerado de toda prueba. Se ha acreditado debidamente la relación de parentesco que liga a las reclamantes con el fallecido mediante copia del libro de familia.

En relación con la legitimación para reclamar por los daños físicos sufridos por el paciente y por la supuesta falta de consentimiento informado para la intervención quirúrgica realizada el 3 de noviembre de 2021, la postura de este órgano consultivo ha sido considerar que, al tratarse de un derecho personalísimo del causante, solo éste puede ejercitarlo en vida y, por tanto, si falleciera antes de su ejercicio, se habría extinguido y no resulta transmisible a sus herederos.

Se trata de una cuestión que dista de ser pacífica en nuestro derecho y fue objeto de análisis por esta Comisión Jurídica Asesora en su dictamen 47/23, del 2 de febrero de 2023, matizando su postura sobre la legitimación activa de los herederos del perjudicado para reclamar por los daños personalísimos sufridos por éste, antes de su fallecimiento, habiendo admitido esta posibilidad, de acuerdo con la Sentencia del Tribunal Supremo 141/2021, de 15 de marzo, dictada por el Pleno de la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo, en el recurso extraordinario por infracción procesal n.º 1235/2018 (en adelante, STS 141/2021).

De los términos de la sentencia, resulta que no todo derecho al resarcimiento económico del daño personal sufrido por el causante

y que está integrado en su patrimonio desde que lo sufre, es transmisible a sus herederos, sino que es “*susceptible de ser transmitido*” para lo que es preciso que con carácter previo al fallecimiento del causante haya sido “*pericialmente determinado*”.

En este sentido, en el dictamen 416/24, de 4 de julio de 2024, se admitió la legitimación para reclamar del hijo de la paciente fallecida días después de sufrir una caída en la puerta giratoria de un hospital en cuanto que este, actuando en representación de su madre, había solicitado las imágenes de la cámara de seguridad del hospital, pidiendo expresamente que no fueran borradas y en las que se manifestaba la intención de la perjudicada de reclamar.

En apoyo de esta tesis, cabe citar la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 2), de 23 de enero de 2023 (recurso 97/2020), la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4^a, 28 de noviembre de 2023 y la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Galicia, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1 (recurso de apelación 494/2022), de 20 de marzo de 2024. Esta última, por ejemplo, dice:

“La idea que subyace en dicho razonamiento es que el daño moral es tan personal que no puede trascender a quien lo padece y, por tanto, la reclamación de indemnización por tales daños es intransmisible, ya que, como el bien o derecho dañado está fuera del comercio de los hombres, no cabe que su resarcimiento se transmita inter vivos ni mortis causa.”

Así, fallecida una persona, se extingue su personalidad jurídica y, por tanto, no puede nacer en su favor una pretensión de resarcimiento del daño, es decir, de ningún daño moral por los padecimientos experimentados en el pasado y en vida. Esa

acción personalísima la hubiera podido ejercer en vida quien padeció ese daño moral por el déficit de información e, incluso, se podría aceptar la sucesión en la reclamación si hubiera muerto antes de concluido el procedimiento administrativo.

No cabe reconocer legitimación activa a los herederos para reclamar ex novo, una vez fallecido el interesado, la indemnización de los perjuicios morales que a aquél le fueron irrogados, insistiendo en el matiz jurídico, relevante y esencial, de que diferente es el supuesto en que los daños morales reclamados por los herederos en el procedimiento son en nombre propio, y fundamentados en el impacto moral y psicológico por ellos sufrido.

El destinatario del consentimiento informado es el propio paciente. Es su voluntad y su decisión lo que cuenta. Quien sufre el daño moral por no haber dispuesto de información relevante en orden a tomar la disposición deseada es quien está legitimado, exclusivamente, para reclamar un resarcimiento por equivalencia a modo de indemnización”.

El Tribunal Superior de Justicia de Madrid, sin embargo, entre otras, en su Sentencia de 10 de noviembre de 2023, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección Décima, (recurso 197/2022) admite la legitimación de los herederos para reclamar por el defecto de consentimiento informado. Según la citada sentencia:

«Estamos antes daños de naturaleza personal y, por tanto, solo pueden ser reclamados por aquellos que lo sufren y sus herederos y cita, al efecto, la Sentencia 249/2015, Sala 1ª de 20 de mayo, (rec. 1134/2013).

Consideramos la lesión por la quiebra de consentimiento consolidada (este es, a nuestro juicio, el concepto clave y supone la patrimonialización del valor resarcitorio) antes del fallecimiento. Esto supone conforme a la jurisprudencia civil, que se integra como un crédito frente al responsable (en este caso la administración) que está comprendido en la herencia conforme al art. 659 Cc.

Así la STS, Sala 1ª en pleno, de 13 de Septiembre de 2012 dice " Esta sentencia fija como principio o regla que todas las indemnizaciones, tanto por daños fisiológicos en sentido estricto como por daños patrimoniales vinculados a estos (secuelas, daños morales complementarios y factor de corrección por perjuicios económicos), como por daños no patrimoniales (factor de corrección por incapacidad permanente) y finalistas (en caso de gran invalidez, adaptación de vehículo y vivienda, necesidad de ayuda de otra persona, daños morales a familiares) deben considerarse definitivamente incorporadas al patrimonio del perjudicado desde el momento del alta médica, lo que se traduce en que el fallecimiento posterior de la víctima no elimina dicho derecho ni justifica la reclamación de la indemnización ya percibida con fundamento en el enriquecimiento injusto (al existir causa legal para el desplazamiento patrimonial)".

Es decir, sin perjuicio que el derecho a la autodeterminación médica o sanitaria (art. 8.1 y 9 L. 41/2002) pueda ser un derecho personalísimo derivado de la autodisposición sobre su propio cuerpo (art. 15 CE y doctrina del TEDH sobre el art. 2 y 8 CEDH), no menos cierto es que las quiebras a este tipo de situaciones supondrían una lesión traducible a términos económicos que tiene, como todo perjuicio a los derechos de este tipo, una notable complejidad. Ahora bien, el hecho de que sea de compleja cuantificación no significa que no tenga una

traducción económica en cuanto a crédito resarcitorio que es exigible desde el mismo momento en que esta se produce conforme al art. 32.1 y 34.1 LRJSP.

Además, piénsese, que el TEDH ha señalado que este tipo de cuestiones inciden sobre el derecho a la integridad corporal, suponiendo un menoscabo físico para el perjudicado. Sirva la STEDH de 8 de marzo de 2022, Reyes Jiménez c. España (rec. 57020/2018) que nos dice (traducción del texto original en francés) “36. El Tribunal ya ha destacado la importancia del consentimiento de los pacientes y el hecho de que la ausencia de dicho consentimiento puede constituir un ataque a la integridad física de la persona en cuestión (véanse los párrafos 29 y 30 supra). Cualquier desconocimiento por parte del personal médico del derecho del paciente a ser debidamente informado puede generar la responsabilidad del Estado al respecto (Csoma, citado supra, § 48). La Corte destaca que si bien la propia Convención no establece ninguna forma particular de tal consentimiento, cuando el derecho interno establece ciertos requisitos expresos, estos deben ser cumplidos para que la injerencias considere prescrita por la ley (compárese con G.H. c. Hungría, citado anteriormente, § 22)”.

b.- Aceptar la interpretación que nos propone la comisión jurídica asesora y la resolución impugnada supondría generar una zona de inmunidad para la administración en la medida en que cuando se produce un resultado de muerte del paciente, no podría ser exigida la responsabilidad que reconoce para toda actuación de los poderes públicos el art. 9.3 CE, quebrando con ello principios básicos del ordenamiento jurídico».

Esta posición sobre la legitimación de los herederos para reclamar por los daños personalísimos del causante, incluido el

defecto del consentimiento informado, se mantenido por el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, entre otras, en sus sentencias de 21 de abril de 2023 (recurso 356/2022), 31 de enero de 2024 (recurso 804/2021) y 18 de marzo de 2024 (recurso 234/2022).

No obstante, en la Sentencia de 17 de abril de 2023 (recurso 1183/2023), del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en un supuesto en el que los padres del paciente fallecido habían legado a su nieto, en testamento, *“el pleno dominio de la cantidad que pudiere recibirse en concepto de indemnización por parte del Hospital (...), ante la que se ha interpuesto reclamación judicial, o en su caso, desde el Área de Responsabilidad Patrimonial, Secretaría General del Servicio Madrileño de Salud de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, o cualesquiera otro organismo similar, por el tratamiento llevado en el ámbito sanitario con D. (...) (fallecido por cáncer)”*, después de afirmar que *“el daño derivado de la falta de información a los padres constituye una manifestación del funcionamiento anormal del servicio sanitario y un daño moral que afecta al derecho a la autonomía del paciente, en este caso representado por sus padres, que la jurisprudencia califica como incumplimiento de la lex artis”*, el Tribunal considera que, como los padres del paciente fallecido, que vieron vulnerado su derecho a la información al no firmar documento de consentimiento informado alguno en relación con la intervención de su hijo, *“no formularon querrela, sino solo denuncia, y no se personaron posteriormente como partes de los procesos tramitados en los citados Juzgados de Instrucción, no cabe entender que hubieran ejercitado acción alguna, por lo que no pudieron transmitirla mortis causa”*.

En este último caso, por tanto, el Tribunal Superior de Justicia de Madrid parece supeditar la transmisibilidad del derecho a reclamar por los daños personalísimos sufridos por los padres del paciente fallecido, por un defecto de información como es la falta del

documento de consentimiento informado para la intervención, a su previa reclamación, como sostuvo esta Comisión Jurídica Asesora en su dictamen 581/22, de 11 de octubre, y es la postura que sostiene este órgano consultivo al considerar que el derecho a reclamar por los daños personalísimos del causante es transmisible siempre que la acción para reclamar haya sido ejercida por el causante fallecido o, por lo menos, como se resolvió en el dictamen 416/24, antes citado, existan actos realizados en vida del causante fallecido que demuestren la voluntad de reclamar.

Como se puso de manifiesto en el dictamen 47/23, después de examinar la diversidad de posturas mantenidas por el Consejo de Estado y resto de órganos consultivos de las comunidades autónomas, así como de los distintos tribunales superiores de justicia, la fundamentación de la transmisibilidad del derecho a reclamar por los daños personalísimos del causante fallecido se apoya en la Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Civil, 141/2021, de 15 de marzo, sin que haya habido un pronunciamiento de la Sala de lo Contencioso-Administrativo sobre esta polémica cuestión, pues en la Sentencia del Tribunal Supremo de 26 de marzo de 2012 (recurso 3531/2010) se limita a declarar el derecho de los recurrentes (padres, marido e hija) a ser indemnizados por daño moral por ausencia consentimiento informado, la suma de 60.000 euros, por el *“quebranto de la lex artis en la prestación del consentimiento informado al no haber sido instruida la paciente adecuadamente sobre los posibles riesgos derivados del parto por cesárea mediante la técnica de anestesia y el subsiguiente tratamiento profiláctico”*, más los daños derivados del fallecimiento de la paciente que se valoraron en 1.000.000 euros.

La Sala de lo Contencioso-Administrativa del Tribunal Supremo, más recientemente, en su Sentencia de 4 de abril de 2024

(recurso 303/2022), en relación con las prestaciones personalísimas a las que tiene derecho una persona a la que se le ha declarado la situación de dependencia y se encontraba pendiente de la aprobación del Programa Individual de Atención (PIA) ha declarado que el fallecimiento de aquel a quien se le reconoció el derecho a tener la condición de persona en situación de dependencia, obviamente extingue la percepción de las prestaciones una vez concretadas y aplicadas y que, si estando pendiente la aprobación del Programa Individual de Atención fallece el que ya es titular del derecho derivado de ser persona en situación de dependencia, cabe aceptar que nazca en favor de sus causahabientes un derecho de crédito si es que, entre tanto, han venido sosteniendo con sus medios lo que habría sido la prestación declarada como derecho, pero aún no concretada.

De acuerdo con la anterior doctrina, el derecho a reclamar por daños personalísimos quedará extinguido por el fallecimiento de su titular, sin perjuicio de que, estando pendiente de resolución una reclamación formulada por el causante antes de su fallecimiento, se reconozca, a sus herederos a subrogarse en el procedimiento en la posición del causante fallecido.

A falta de un pronunciamiento jurisprudencial unificador sobre la cuestión concretamente analizada, consideramos que las reclamantes carecen de legitimación activa para el ejercicio de la acción de responsabilidad patrimonial por los daños físicos sufridos por el paciente y por los derivados de la supuesta ausencia del documento de consentimiento informado para la intervención quirúrgica realizada el 3 de noviembre de 2021.

Por otro lado, las reclamantes han conferido su representación a un abogado, mediante un documento privado con sus respectivas firmas.

Como ha señalado esta Comisión, en sus dictámenes 399/16, de 8 de septiembre, 430/16, de 29 de septiembre y 500/16, de 3 de noviembre, entre otros, si bien es cierto que, en el ámbito privado, el artículo 1710 del Código Civil establece que el mandato puede ser expreso o tácito, y que el expreso puede otorgarse en documento público o privado, y aun de palabra, en el ámbito del procedimiento administrativo, el artículo 5 de la LPAC, al igual que establecía el artículo 32 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC), es muy explícito al exigir la acreditación de la representación.

Se infiere así que los documentos privados no cumplen el requisito de fehaciencia impuesto por la normativa de procedimiento administrativo, tal y como, por ejemplo, se indicó en la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana, de 1 abril de 2004 (Rec.109/2003), que confirmaba una resolución administrativa en la que no se admitía la representación otorgada a un abogado mediante documento privado.

Hecha la anterior puntualización, y como quiera que la Administración ha procedido a tramitar el expediente por entender correctamente acreditada la representación conferida, esta Comisión, a pesar de considerar que existe un defecto de falta de representación, examinará la concurrencia de los requisitos para estimar, en su caso, la presencia de responsabilidad patrimonial, sin perjuicio de recordar a la Administración la necesidad de que la representación se acredite en forma adecuada.

En lo concerniente a la legitimación pasiva para soportar la reclamación, le corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que la asistencia sanitaria ha sido dispensada en el Hospital

Universitario 12 de Octubre, perteneciente a la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid.

En lo relativo al requisito temporal, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, que se contará, en caso de daños de carácter físico o psíquico, desde que el hecho aconteció o desde la curación o determinación del alcance de las secuelas (artículo 67.1 de la LPAC).

En el caso presente, en consideración al daño moral ocasionado por el fallecimiento, el “*dies a quo*” vendría determinado por la fecha del óbito, es decir, el 11 de julio de 2022, de modo que la reclamación, presentada el 10 de julio de 2023, ha sido formulada dentro del plazo legal.

En cuanto al procedimiento, se ha recabado informe de los servicios de Medicina Interna y de Cirugía General y Digestivo del Hospital Universitario 12 de Octubre, implicados en el proceso asistencial de la reclamante. También ha emitido informe la Inspección Sanitaria, posteriormente se ha dado traslado del expediente a las reclamantes para alegaciones, y se ha dictado la correspondiente propuesta de resolución. 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.- Como es sabido, la responsabilidad patrimonial de la Administración se rige por el artículo 106.2 de la Constitución Española, a cuyo tenor: “*Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos*”. El desarrollo legal de este precepto se encuentra contenido actualmente en los artículos 32 y

siguientes de la LRJSP, completado con lo dispuesto en materia de procedimiento en la ya citada LPAC.

La Sentencia del Tribunal Supremo de 25 de mayo de 2016 (recurso 2396/2014) recoge lo siguiente a propósito de las características del sistema de responsabilidad patrimonial:

“(...) el art. 139 de la LRJAP y PAC, establece, en sintonía con el art. 106.2 de la CE , un sistema de responsabilidad patrimonial : 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”.

Según abundante y reiterada jurisprudencia, 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 18 de septiembre de 2017 (recurso 787/2015), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, *“en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria 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, que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, 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. Así pues, sólo en el caso de que se produzca una infracción de dicha lex artis respondería la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos por lo que deberían ser soportados por el perjudicado”*.

CUARTA.- Las reclamantes reprochan en su escrito que, en el caso de su familiar, hubo un error de diagnóstico que condujo a un manejo terapéutico equivocado. Además, también alegan que *“existe una omisión del consentimiento informado y una vulneración de la autonomía del paciente”*.

Por tanto, en este caso, la imputación del daño al servicio público se objetiva como omisión de medios y la determinación de si se adoptaron las medidas necesarias para llegar al diagnóstico de la enfermedad y si los facultativos implicados en el proceso asistencial del paciente actuaron conforme a la *lex artis* se convierte en la cuestión a examinar.

Para evaluar la corrección de una concreta práctica médica hay que estar a la situación y síntomas del momento en que se realiza esta. Ello se traduce en que se deben aplicar a los pacientes todos los medios disponibles para su diagnóstico y tratamiento. Esta obligación de medios debe entenderse ceñida al contexto del momento y las circunstancias en que se efectúa la asistencia, es decir, a los síntomas que presenta cada paciente y a las probabilidades, en función de los mismos, de que padezca una determinada patología.

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

Por su parte, el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en su sentencia de 9 de marzo de 2017 (núm. de recurso 203/2014), manifestó que *“en lo que específicamente se refiere al diagnóstico de las enfermedades que los pacientes padecen, la garantía de medios comporta que se utilicen los medios disponibles coherentemente con los síntomas y signos que presenten, y con la información relevante que faciliten”*.

Además, lo que procede es un empleo de medios ordinarios y diligencia para cerciorarse de los diagnósticos que se sospechen, sin que se exija la realización de todas las pruebas diagnósticas que pudieran llevarse a cabo, sino las adecuadas a los síntomas que presente el paciente, para su correcto tratamiento inmediato, derivación o seguimiento. En este punto cabe traer a colocación lo expresado en la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 28 de abril de 2017 (recurso 133/2014) cuando señala que *“los servicios médicos sanitarios públicos actúan y proponen medios diagnósticos a la vista de los síntomas que los pacientes refieren, pues no es admisible que quien entra en el Servicio de Urgencias o en otras dependencias agoten sin más indicios todas las múltiples pruebas diagnósticas y múltiples patologías sin que los síntomas que se tengan exijan su realización”*.

Para determinar la supuesta infracción de la *lex artis* debemos partir de la regla general de que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido se ha pronunciado la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de junio de 2017 (recurso 909/2014), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

Son, por tanto, las reclamantes quienes han de probar mediante medios idóneos que la asistencia prestada no fue

conforme a la *lex artis*, entendiendo por medios probatorios idóneos según la Sentencia de 15 de noviembre de 2018 del Tribunal Superior de Madrid (recurso: 462/2017) “*los informes periciales e informes técnicos incorporados a los autos y al expediente administrativo, pues se está ante una cuestión eminentemente técnica y en los cuales necesariamente debe apoyarse el tribunal a la hora de resolver las cuestiones planteadas*”.

Conforme a lo señalado, hemos de considerar que en la tramitación de la reclamación formulada se ha aportado por las reclamantes prueba pericial en la que vienen a sustentar la pretendida mala praxis asistencial.

Es doctrina reiterada de esta Comisión Jurídica Asesora (v. gr. 397/20, de 22 de septiembre; 223/16, de 23 de junio; 460/16, de 13 de octubre y 331/19, de 12 de septiembre), que ante la existencia de informes periciales contradictorios -como ocurre en este caso, en que el dictamen de parte resulta contradictorio con el informe de los servicios afectados y el de la Inspección Sanitaria-; la valoración conjunta de la prueba pericial debe realizarse, según las reglas de la sana crítica, con análisis de la coherencia interna, argumentación y lógica de las conclusiones a que cada uno de ellos llega.

La Sentencia de la Sala de lo Contencioso del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de febrero de 2016 (recurso 1002/2013) señala al respecto que “*las pruebas periciales no acreditan irrefutablemente un hecho, sino que expresan el juicio o convicción del perito con arreglo a los antecedentes que se le han facilitado (...)*” y “*no existen reglas generales preestablecidas para valorarlas, salvo la vinculación a las reglas de la sana crítica en el marco de la valoración conjunta de los medios probatorios traídos al proceso (...)*”.

Ante la disyuntiva generada, cabe recordar el especial valor que esta Comisión Jurídica Asesora atribuye a la opinión de la Inspección Sanitaria, pues, tal y como recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, así su Sentencia de 24 de mayo de 2022 (recurso 786/2020), *“sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen también 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”*.

A ello se une que la pericial aportada por las reclamantes realiza, por un lado, una interpretación de los datos clínicos del paciente a partir del diagnóstico posterior, obtenido en el curso de la intervención quirúrgica realizada el 3 de noviembre de 2021, refiriendo, por ello, que *“se hizo caso omiso del estudio de estadificación (estudio en el que objetivan signos de invasión vascular y de la grasa adyacente) en un paciente con anatomía patológica de adenocarcinoma con células claras y células en anillo de sello (predisposición asociada a metástasis en peritoneo)”*. Con ello, incurre en la llamada prohibición de regreso, es decir, valorar la actuación médica a posteriori por el resultado final del fallecimiento.

En este punto, procede tener presente que la asistencia médica ha de atender a las circunstancias y a los síntomas del enfermo, mediante un juicio *ex ante* y no *ex post*. Así lo ha manifestado reiteradamente este órgano consultivo (v.gr dictamen 336/21, de 13 de julio) con base a las sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, entre otras, la de 4 de abril de 2017 (recurso 532/2015) según la cual: *“No es correcto realizar una interpretación de lo acontecido conociendo el resultado final. La calificación de una*

praxis asistencial como buena o mala no debe realizarse por un juicio “ex post”, sino por un juicio ex ante, es decir, si con los datos disponibles en el momento en que se adopta una decisión sobre la diagnosis o tratamiento puede considerarse que tal decisión es adecuada a la clínica que presenta el paciente”.

Además, la pericial aportada, que ha sido realizada por un médico especialista en Neurocirugía, y no en la concreta especialidad médica que corresponde al presente caso, concluye de modo erróneo, como veremos, que *“no se advierte en la documentación aportada la presencia de los documentos de consentimiento informado para los procedimientos anestésico y quirúrgico efectuados en fecha 03-11-2021”*, afirmación que resulta desmentida por la mera consulta de la historia clínica del paciente incorporada al expediente, donde constan los citados documentos, rubricados por el propio paciente, en los folios 249 a 264.

Así, como hemos visto, la Inspección Sanitaria, tras analizar el proceso asistencial que consta en las actuaciones y los informes emitidos en el curso del procedimiento, ha considerado que la actuación asistencial prestada fue conforme a la *lex artis*.

En este punto, cabe recordar que, como destaca la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 26 de abril de 2018 (recurso 75/2017): *“La fase de diagnóstico es una de las más importantes y difíciles de la práctica médica a la que se llega después de un proceso de aproximaciones sucesivas que requiere del examen de la historia clínica, la exploración física y las pruebas complementarias pertinentes al caso y que se efectúan progresivamente para llegar al diagnóstico concreto. Se trata de un proceso complejo en el que intervienen muchos factores y en sus primeras fases resulta difícil poder hablar de un error, dado que determinadas sintomatologías pueden sugerir diversas patologías*

que deben ser, o no, descartadas. No obstante, lo anterior, respecto al error de diagnóstico es importante advertir que para que este sea generador de responsabilidad es necesario que atendidas las circunstancias del caso y en particular el estado de conocimiento de la ciencia en el momento de producirse el evento lesivo, pueda afirmarse que resultaba factible para el servicio sanitario realizar dicho diagnóstico y que el mismo, de haberse realizado, posibilitara alguna oportunidad de curación. En definitiva, es necesario que la falta de diagnóstico, o bien su error o su retraso sea imputable a la Administración y por ello sea determinante de la lesión del derecho del paciente a un diagnóstico correcto en tiempo oportuno”.

Al respecto, y frente a la afirmación contenida en el informe pericial de parte, según el cual en pacientes poco sintomáticos, como el familiar de los reclamantes, el primer y único tratamiento debe ser la quimioterapia, el Servicio de Cirugía General y Digestivo del centro hospitalario explica en su informe que “... se trataba de un paciente que presentaba un adenocarcinoma de sigma distal-unión recto sigmoidea localmente avanzado, sin signos de diseminación a distancia en el estudio preoperatorio realizado. El tratamiento indicado recogido en las guías de manejo de cáncer colorrectal de nuestro hospital y las guías europeas (ESMO) es el quirúrgico, resección segmentaria del colon afectado por el tumor con linfadenectomía. El hecho de que el tumor fuera estenosante, con alto riesgo de obstrucción intestinal, implica priorizar el tratamiento quirúrgico sobre cualquier otro procedimiento diagnóstico y terapéutico. En caso de presentar una obstrucción intestinal el paciente requeriría una cirugía urgente y una resección de colon más extensa con un empeoramiento claro del pronóstico.

La existencia de componente mucinoso en el tumor con estabilidad de microsatélites efectivamente empeora el pronóstico de

la enfermedad por su peor respuesta al tratamiento oncológico. En estos casos, la cirugía es la piedra angular del tratamiento”.

En el mismo sentido, la Inspección Médica indica que *“la guía de la ESMO (Sociedad Europea de Oncología Médica) señala que estos tumores deberían ser tratados como un tumor del colon sigmoide, y solo recomienda la quimioterapia neoadyuvante en el cáncer de recto superior cuando se detecte por imagen extensión a estructuras vecinas o afectación del margen de resección circunferencial (MRC)...”.*

Pues bien, resultando adecuada la opción quirúrgica adoptada, la propia Inspección explica que, en el caso del familiar de las reclamantes, *“no se ha encontrado un solo dato que indique signos de metástasis en ninguna de las pruebas de estadificación y diagnósticos (incluida la resonancia magnética posterior a la consulta de Cirugía) realizadas previas a la cirugía y, por lo tanto, la actitud terapéutica de un adenocarcinoma de la unión rectosigmoidea que se llevó a cabo se encuentra avalada por las guías clínicas vigentes en ese momento y no se pudo determinar la existencia de metástasis peritoneales hasta la cirugía, nunca antes, confirmándose tras el análisis de la pieza extraída un estadio 4 con un T4a,N2b, M1c”.*

El propio jefe del Servicio de Cirugía General y Digestivo describe, en tal sentido el proceso quirúrgico, señalando que *“la técnica quirúrgica se adaptó a los hallazgos intraoperatorios. Toma de biopsia intraoperatoria de implante peritoneal, informada oralmente con adenocarcinoma de colon. Se realizó una resección del segmento de sigma afecto con linfadenectomía incluida y colostomía terminal de descarga. El diagnóstico intraoperatorio de carcinomatosis micronodular sin ser detectadas en las pruebas preoperatorias es posible”.*

Todo ello lleva a la Inspección Sanitaria a concluir que *“hasta que no se realizó la cirugía no se pudo confirmar que el estadio era de 4 por la presencia de metástasis peritoneales y nunca antes, ni siquiera se sugiere como si se hizo con los signos de invasión adyacente, de la existencia de metástasis a distancia en las pruebas diagnósticas previas a la intervención quirúrgica. El fatal desenlace que finalmente tuvo el paciente era el más estadísticamente probable debido a lo avanzado de la enfermedad y la historia clínica posterior a la cirugía son consecuencias posibles y esperables tras la cirugía a la que se sometió de manera voluntaria, el tratamiento de quimioterapia paliativa que decidió recibir y al curso normal de la enfermedad”*.

QUINTA.- En cuanto a la alegada omisión del documento de consentimiento informado del paciente para la realización de la cirugía programada el 3 de noviembre de 2021, y sin perjuicio de lo ya señalado respecto a la falta de legitimación activa de las interesadas para reclamar por tal causa, cabe reiterar que constan en el expediente los documentos de consentimiento informado, tanto para la realización de una cirugía por *“neoplasia de sigma y tercio superior de recto”*, como para el procedimiento anestésico previo, firmados ambos por el paciente los días 18 y 21 de octubre de 2021.

Así pues, el paciente fue debidamente informado y, en sus plenas facultades, firmó su aceptación no solo a la cirugía sino también a la técnica a emplear, y con ello, asumió los riesgos posibles y las consecuencias.

Por tanto, se ha cumplido lo dispuesto en 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, siendo el paciente, debidamente informado,

el que ha decidido someterse o no a la intervención quirúrgica, mostrando su conformidad con la firma del documento de consentimiento informado. Además, el paciente puede revocarlo en cualquier momento y no lo hizo.

En este sentido, en cuanto al contenido del referido documento de consentimiento informado para la realización de una cirugía por “*neoplasia de sigma y tercio superior de recto*” y a los efectos señalados anteriormente, cabe advertir que recoge lo siguiente: “...*si surgiera alguna situación urgente, que requiriese algún procedimiento distinto de que he sido informado, autorizo al equipo médico para realizarlo sin previo consentimiento...*”.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación presentada, al no haberse acreditado la existencia de mala praxis en la atención dispensada al paciente en el Hospital Universitario 12 de Octubre.

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 abril de 2025

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 198/25

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid