

Dictamen n.º: **332/25**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **26.06.25**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 26 de junio de 2025, 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 Dña. por el fallecimiento de su madre, Dña., que atribuye a la defectuosa asistencia sanitaria dispensada por el Hospital Universitario del Henares, ingresada por insuficiencia cardíaca.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por escrito presentado en el registro electrónico de la Consejería de Sanidad, dirigido al Servicio Madrileño de Salud, el día 30 de agosto de 2023, la interesada antes citada, formula reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos por el fallecimiento de su madre, de 87 años, el día 31 de agosto de 2022, tras permanecer ingresada en dicho centro desde el día 29 de julio de 2022, cuando ingresó por insuficiencia cardíaca, acumulación de líquido y fiebre.

Reprocha que, cuando estaba en planta, al pasarla de la cama a la butaca, le dieron un golpe en la pierna derecha, lo que le provocó una gran acumulación de sangre en un bulto que, a lo largo de la noche, reventó e hizo que la paciente perdiera mucha sangre, “*ya que nadie se pasó por la noche a revisar si estaba todo bien*” y se dieron cuenta por la mañana, lo que determinó que su madre necesitara una transfusión, “*corriendo peligro su vida porque su corazón estaba muy débil y meterle tanto líquido , iba a hacer que trabajase en exceso*”. Expone que en la segunda bolsa de sangre se la tuvieron que quitar porque entró en shock y que tuvieron que ponerle hasta cinco bolsas.

Además, refiere que también hubo que operar a su madre para quitarle tejido necrosado y que los médicos les informaron y “*nos enteramos después por mi madre*” que la anestesia no le hizo efecto y que “*sintió toda la operación*” y que ese día, 11 de agosto, se despidieron de su madre, pues tuvo una crisis comicial, pero “*milagrosamente, a la mañana siguiente despertó*”, si bien se quedó muy débil.

Según el escrito de reclamación, en los días siguientes continuaron las crisis, por lo que se le pautó una medicación que la reclamante refiere que le fue retirada después por el médico, y que ese mismo día en que se le retiró, volvió a sufrir un desvanecimiento, a pesar de lo cual, el médico de guardia dijo que él no volvía a pautar dicha medicación y que había que esperar al lunes siguiente para hablar con su médico.

La interesada manifiesta que su madre perdió toda la movilidad en las piernas y que tuvo varios desvanecimientos por el dolor que sufría durante las curas o en las transfusiones. Afirma que una traumatóloga que estuvo presente en la intervención le confirmó que “*mi madre sufrió en la intervención*”.

Además, el escrito de reclamación reprocha varios incidentes con enfermeras y auxiliares, como que “*tardaban mucho en cambiarla si se había hecho caca, en traer un termómetro si tenía fiebre, en informar la auxiliar a la enfermera de que estaba sufriendo con mucho dolor para que le administrara algo para el dolor, ... y muchas situaciones más*” y que la explicación que se les daba era que su madre tenía 87 años y muchas patologías.

Expone que, finalmente, su madre falleció el día 31 de agosto de 2022 y que “*la causa oficialmente, fue por atragantamiento en la cena, realmente se atragantó bebiendo agua y estaba tan débil por todo lo sufrido por ese mes ingresada que no tenía fuerzas para toser y echar el agua*”.

La reclamante no cuantifica el importe de la indemnización solicitada y acompaña con su escrito diversas fotografías de la herida de la pierna de la paciente (folios 1 a 10 del expediente administrativo).

Requerida la reclamante por la Administración para que acredite la relación de parentesco con la paciente; aportara certificación registral de la defunción de la paciente; indicara el motivo por el que la reclamación no se encontraba prescrita y determinara el importe de la indemnización solicitada, la reclamante presenta escrito en el que declara que la muerte de su madre fue consecuencia de todo lo que pasó durante todo el mes de agosto de 2022 y que si no puso antes la reclamación era porque “*no tenía fuerzas para hacerlo, porque suponía removerlo todo, y sufrir mucho, aunque seguimos sufriendo por todo aquello*”. Refiere que la reclamante se encuentra de baja laboral por estrés postraumático y sus otros tres hermanos presentan también problemas psicológicos tras la experiencia sufrida.

En relación con la cuantía solicitada, se remite al baremo de accidentes de tráfico y afirma que, en cualquier caso, “*superior a 15.000€*”.

Acompaña su escrito con fotocopia del libro de familia y certificado de defunción de la paciente.

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

La paciente, de 87 años de edad, se encontraba en seguimiento estrecho y periódico en la Unidad del Paciente Crónico Complejo del Hospital Universitario del Henares, en tratamiento con múltiples fármacos, al presentar diversos antecedentes personales entre los que destacan: cardiopatía isquémica crónica con varias revascularizaciones; insuficiencia cardiaca con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) conservada, con múltiples ingresos desde el año 2016; hipertensión pulmonar severa, con necesidad de oxigenoterapia crónica 24 horas al día; bloqueo de rama izquierda; episodios de insuficiencia cardiaca (IC) con necesidad de ingreso hospitalario; hipertensión arterial; dislipemia; hiperuricemia; probable enfermedad de Alzheimer en estadio leve; neuralgia del trigémino; temblor esencial; dispepsia funcional de predominio postprandial (gastroscopia en 2014: gastritis crónica antral); artrosis de codos y elevación factor reumatoide (FR).

Como cirugías previas, constan en la historia clínica ooforectomía por quistes, fractura de ambos tobillos y faquectomía bilateral.

En la fecha del ingreso, julio de 2022, la paciente precisaba ayuda para aseo y vestido, comía sola, era doble continente y caminaba por el domicilio con ayuda de bastón. Vivía en su domicilio con cuidadora pues precisaba apoyo para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Presentaba, igualmente, deterioro cognitivo leve.

La paciente presentaba dependencia a opioides, en tratamiento con parche de fentanilo al menos desde 2016 y fentanilo nasal desde 2018.

La paciente ingresó en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario del Henares el día 30 de julio de 2022, por un cuadro de 48-72h de evolución consistente en deterioro del estado general, aumento de disnea y edemas, dolor toraco-abdominal y finalmente somnolencia, por lo que su familia la había llevado al Servicio de Urgencias del citado centro hospitalario el día anterior, 29 de julio, a las 19:52 horas. En la exploración física realizada por el Servicio de Urgencias, la paciente presentaba edema hasta rodilla en miembros inferiores. *"No signos TVP. Cicatriz en maléolo interno derecho".*

En el momento del ingreso se objetivaron los siguientes hallazgos: fibrilación auricular de data incierta con respuesta ventricular rápida; agudización de insuficiencia cardiaca crónica en el contexto (proBNP 1500-7000); derrame pleural derecho crónico (desde 2019); hipertensión pulmonar severa; probable intercurrencia infecciosa (elevación de RFA, leucocitosis con neutrofilia, PCR > 100); hipertransaminasemia moderada sin alteración del perfil colestásico y estudios microbiológicos son negativos (Ag y PCR SARS-CoV-2, HC, UC).

Realizada una ecografía abdominal, se observó dilatación leve de la vía hepatopancreática con vesícula normal.

Con el juicio clínico de reagudización de insuficiencia cardíaca congestiva (ICC); hipertransaminasemia en relación con estasis hepática; primer episodio de fibrilación auricular con función ventricular controlada; *"BCI conocido"*; síndrome febril sin claro foco y derrame pleural conocido estable, se indicó como plan su ingreso en el Servicio de Medicina Interna. En la exploración realizada por el

internista, a las 15:45 horas del día 30 de julio, en miembros inferiores se observó “*leve edema pretibial*”.

Según refleja la historia clínica de la paciente, el día 30 de julio de 2022, a las 18:49 horas:

“Llama la informadora porque la hija de la paciente desea información de la evolución de su madre. Se indica que los fines de semana no se suele informar salvo incidencias. Se informa sobre mala situación basal de la paciente con pronóstico incierto. También indican que en domicilio uso fentanilo inhalado a demanda y que si no lo usa presenta deprivación. Se deja su pauta habitual”.

El día 1 de agosto, a las 7:44 horas la paciente fue valorada por el médico de guardia: *“me avisan porque durante la noche, la paciente ha presentado traumatismo en pierna derecha y se ha producido una herida en la región del hematoma del MID que ha comenzado con importante sangrado, se recomienda vendaje compresivo y solicito hemograma para ver anemización”.*

Figura nueva anotación en la historia clínica del médico el día 1 de agosto a las 13:41 horas: *“valorada por MG ante sangrado externo de hematoma en MID. Valorada en planta a primera hora ante llamada de enfermería por episodio de hTA mientras aseo en cama con tendencia al bajo nivel de conciencia. TA 70/45. No focalidad NRL, recuperación lenta pero progresiva a lo largo de la mañana. Algo nauseosa”. Se dio aviso a la familia de la situación de fragilidad y potenciales complicaciones y se solicitó “ITC a COT para valoración de hematoma. A pesar del sangrado considerable con anemización de hasta 3 puntos desde su llegada, no impresiona de vaso relevante por lo que de momento mantengo actitud sin prueba de imagen. En caso de empeoramiento avisar a MG para valorar prueba de imagen”.*

A las 19:28 horas de ese mismo día, 1 de agosto, se recoge en la historia clínica:

“Avisan por progresión del hematoma. TA algo justas de 99/61 mmHg sin taquicardia reactiva, la paciente se encuentra bien, aunque refiere mareo cuando se moviliza en cama. A la EF está eupneica, con palidez mucocutánea (pasando el segundo CH). ”

Hematoma de gran tamaño abierto a piel en cara lateral de la pierna, ocupando gran parte de la misma, con buena temperatura distal y pulso pedio conservado.

Según refiere la hija, que ha visto el hematoma esta mañana antes de vendarlo (sobre las 14h), ha progresado significativamente desde entonces. Ante la sospecha de sangrado activo se solicita TAC con contraste”.

Prueba diagnóstica que se realizó, con carácter urgente, a las 21:55 horas y que informó:

“Colección de gran tamaño en cara lateral pierna derecha en relación con hematoma probablemente sobreinfectado con focos milimétricos hiperdensos en su interior en estudio con contraste en fase venosa que sugieren extravasación activa”.

A las 22:30 horas del 1 de agosto, la paciente fue valorada por el Servicio de Traumatología que tras la exploración física pautó vendaje compresivo y reposo con pierna elevada.

Figura nueva anotación del médico a las 23:37 horas donde se recoge que la paciente presentaba mejor aspecto, con mejor coloración de piel y mucosas. En la analítica, la hemoglobina era 10g/dl, si bien presentaba un deterioro de la función renal con creatinina de 1,25 mg/dl, hipopotasemia ya corregida y PCR en claro descenso. Tras el

resultado del TAC se amplió la cobertura antibiótica con clindamicina. Pautándose una ampolla de amchafibrin y vendaje compresivo. Familia informada. “*No se ha administrado el diurético de esta noche por TA justas, estando la paciente eupneica y tolerando el decúbito. Probablemente el deterioro de la función renal esté en relación al tratamiento diurético + pérdida sanguínea, por lo que mantengo la no administración de la furosemida IV de la noche. Suspendo también los aportes de potasio. Mañana reevaluar la dosis de diurético según situación clínica*”.

Al día siguiente, la paciente fue valorada nuevamente por Traumatología anotándose que presentaba buen estado general, afebril y que había pasado buena noche. Tras reflejar el estado del hematoma en la exploración física (folio 62), se indicó como plan cura local con linitul y vendaje compresivo, “*veremos evolución por si pudiera ser subsidiaria de VAC*”.

A las 16:59 horas del día 2 de agosto, su médico anota el resultado de su valoración, modificando el tratamiento antibiótico e indicando que a partir del día siguiente la paciente se levantaría al sillón con ayuda y sin apoyo, manteniendo el pie en alto.

El día 3 de agosto de 2022, la evolución fue favorable. Fue valorada por Traumatología: “*se realiza cura, aspecto similar a días previos, hematoma organizado en cara lateroexterna de pantorrilla*”. También fue valorada por el internista que hace constar que la paciente se encontraba algo más estable que en los días previos, no había presentado grandes complicaciones en las últimas horas salvo anemización relativa, motivo por el que se transfundieron dos concentrados de hematíes (CH). “*Presenta dolor faríngeo, por lo que se ajusta el tratamiento en este sentido*”.

A las 17:12 horas, se avisó al médico de guardia por hipotensión 50/30 mmHg y desaturación hasta 75% en el contexto de inicio de

transfusión de hematíes (15 minutos desde su inicio). Tras el cese de la transfusión, presentó progresiva mejoría del nivel de conciencia, desaparición de dolor y aumento de TA (112/75) mmHg, disminuyendo las necesidades de oxigenoterapia “*hasta GN para mantener Sat O₂ >93%*”.

Se realizó un electrocardiograma (ECG): “*FA con RVR a 115 lpm, con morfología BRI (conocido)*”. A pesar de la baja sospecha de reacción transfusional, se comentó el caso con Hematología, que decidió iniciar protocolo de sospecha de reacción transfusional.

“*Reevaluamos a la paciente a las 17:15, mejoría subjetiva, sin nuevas incidencias. Suspendemos dexketoprofeno IV. A valorar indicación de mantener adiro en paciente con sospecha de sangrado activo al menos venoso en Angio-TAC realizado, con anemización progresiva, a pesar de transfusión previa hace 48*”.

En los días siguientes (4 y 5 de agosto), la paciente continuó con curas periódicas cada dos días por Traumatología del hematoma y seguimiento por Medicina Interna, con evolución favorable. El día 6 de agosto, sin embargo, presentó fiebre, por lo que fue valorada por el internista que pautó cambio en el tratamiento antibiótico. El día 8 de agosto se refleja en la historia clínica que la paciente presentaba “*subjetiva mejoría general de la paciente dentro de la amplia limitación funcional que presenta*”.

En la anotación realizada por el Servicio de Traumatología en relación con las curas del hematoma el día 9 de agosto de 2022, se recoge nueva cura en 48 horas o “*antes si el drenaje lo precisa, se planteará posibilidad de cura en quirófano y colocación de VAC*”.

En la valoración realizada por el internista se recoge que la paciente presentaba importante elevación de reactantes de fase aguda,

afebril, y presentaba anemización, por lo que se indicó que se transfundieran 2 concentrados de hematíes. “*La paciente se encuentra en situación similar a días previos, aunque comenta leve mejoría global*”.

Realizada nueva interconsulta con el Servicio de Traumatología el día 10 de agosto de 2022, se recoge en la historia clínica que el hematoma estaba “*muy necrótico delimitado*”. “*Despegamiento epidérmico extenso en esta zona. Herida en parte proximal de hematoma, que no afecta a planos profundos, sin signos de infección en el momento actual*”.

Se indicó como plan:

“*Ante la evolución del hematoma se decide lavada qx del mismo. Se informa a la paciente y familia de forma presencial, los cuales están de acuerdo con la decisión*”.

Se solicitó interconsulta con el Servicio de Anestesia y se entregó y firmó el documento de consentimiento informado.

A las 12:26 horas de ese mismo día, 10 de agosto, fue valorada por Medicina Interna porque su hijo la encontró más disneica. La paciente se quejaba de dolor en el miembro inferior izquierdo y más edema. Se indicó como plan: “*ajusto tratamiento, subo furosemida e ipratropio. Rescates de Cl mórfico sp por dolor o disnea. Cambio linezolid a VO por malos accesos venosos*”.

El procedimiento quirúrgico se realizó ese mismo día, 10 de agosto, a las 19:57 horas. “*BAT (poplíteo) + sedación se realiza desbridamiento de escara necrótica sobre cara posterolateral de pierna derecha hasta fascia. Cobertura con linitul y furacin. Vendaje compresivo. Sin incidencias*”.

El Servicio de Anestesia se refleja en la historia clínica: “*se realiza bloque poplítico ecoguiado con 20 ml de mepivacaina al 1,5%. Sin sedación. Oxigenoterapia suplementaria con GN aa 3 lpm. La paciente permanece estable hemodinámicamente y respiratoriamente durante todo el procedimiento. Pasa a REA para control postoperatorio*”.

A las 00:45 horas del día 11 de agosto, se avisó por disminución del nivel de conciencia. A la valoración Glasgow inicial 9 (D4V2M3). No se pudo completar la exploración por ausencia de colaboración de la paciente. Se realizó TC craneal, que no mostró alteraciones agudas groseras. “*Tras su llegada de Radiología presenta un patrón de respiración apnéusico con ausencia total de respuesta a estímulos, impresionando de situación de últimas horas. No presenta signos de dolor ni desconfort en el momento actual, por lo que por el momento mantengo actitud expectante*”.

A las 04:46 horas de ese mismo día, la familia avisó por dudas sobre si la paciente presentaba dolor. Tras exploración realizada por el médico de guardia, se anota en la historia clínica: “*se suspende medicación oral. Se administra morfina 3 mg IV. Dejo rescates de morfina s/p cada 4 horas. Familiares informados sobre situación de gravedad actual con posibles fluctuaciones en el nivel de conciencia*”.

El día 12 de agosto de 2022, a las 13:58 horas, se anota como situación clínica de la paciente:

“*Hoy sin incidencias clínicas salvo dolor en MMII. A la exploración destaca aumento de edema en zona declive, no obstante, las cifras tensionales no permiten en muchas ocasiones administrar todo el tratamiento deplectivo. Reintroduzco dieta e inhaladores. No ha vuelto a presentar nuevos episodios de desconexión del medio ni focalidad neurológica alguna. Pendiente de cura por parte de trauma. Informo a familiares de forma detallada de la situación*”.

En los días siguientes, la evolución del hematoma fue favorable.

El día 24 de agosto, se solicitó interconsulta al Servicio de Medicina Interna para iniciar proceso rehabilitador.

Con fecha 26 de agosto de 2022, a las 21:00 horas se avisa el médico de guardia, avisado por Enfermería, por desaturación a 60% en contexto de atragantamiento durante la cena, procediendo a administrar tratamiento para el episodio de broncoaspiración. Se solicitó radiografía de tórax, sin cambios respecto previos.

El día 27 de agosto de 2022 se anota en la historia que, reevaluada la paciente, se encuentra incorporada en la cama, tranquila, despierta, consciente y orientada, con VMK 10%, con buena dinámica respiratoria. A la auscultación pulmonar, importantes roncus dispersos. *“Refiere que tiene hambre y que quiere comer”*.

En relación con el hematoma, el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología anota: *“herida muy buen aspecto, epitelizando, se realiza cura con rim cicatrizante y atrauman, vendaje compresivo. Si sigue esta evolución la herida es posible que sea tributaria a curas por Atención Primaria sin requerir venir al hospital”*.

El día 28 de agosto de 2022, sin embargo, la paciente sufrió un empeoramiento. Según refleja la historia clínica, a las 13:01 horas, avisan por disnea. Valorada la paciente, presentaba taquipnea y uso de musculatura accesoria. La exploración de la herida era favorable: vendaje compresivo limpio y seco, se retira. Herida limpia y seca sin signos de infección, tejido de granulación.

En la exploración realizada por el internista el día 29 de agosto de 2022 se refleja que la paciente presentaba *“marcado empeoramiento, aunque según enfermería y su hija está bastante mejor hoy. Más hipoactiva, mirada más fija, taquipnea con inspiración marcadamente*

alargada. En este momento la están dando de comer dieta túrmix, sin aparentes atragantamientos". Como plan, se anota en la historia: «morfina sp. Midazolam si persiste desasosiego/trabajo respiratorio tras 2 rescates de morfina; si empeoramiento, sedación paliativa (hablado con su hija); por el momento mantenemos resto de tto., ver evolución estos días y "si PCR no RCP».

El empeoramiento clínico persistió el día 30 de agosto, presentando la paciente gran deterioro por lo que, *"ante las muy improbables posibilidades de mejoría, se decide sedación paliativa"*.

La paciente falleció el día 31 de agosto a las 12:48 horas.

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

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81 de la LPAC, se ha incorporado al expediente un informe elaborado de manera conjunta por los responsables de los servicios de Medicina Interna, Anestesiología, Traumatología y Unidad de Hospitalización OA y firmado tanto por la directora de Enfermería como por el director médico del Hospital Universitario del Henares.

Según refleja el informe, en relación con el episodio del hematoma:

"En la Historia Clínica de la enferma no hay ningún registro en el que conste el traumatismo referido por la familia en su reclamación, sí que hay constancia en los registros de enfermería, que la enfermera al inicio del turno de noche del día 30.07.2022 objetivó la presencia del hematoma en la pierna derecha. Es

necesario señalar que la situación de extrema fragilidad de la paciente y la patología múltiple de su sistema vascular, central y periférico, añadido a su tratamiento anticoagulante pueden provocar la aparición de hematomas espontáneos, o con traumatismos mínimos, que en otras condiciones clínicas no aparecerían.

A las 07:00h del día 31.07.2022 la enfermera de la Unidad de Hospitalización objetivó la rotura del hematoma con abundante sangrado, comunicándoselo al médico de guardia y precediendo a realizar los cuidados necesarios.

Este hematoma del miembro inferior derecho y su rotura, provocaron un cuadro de anemia con necesidad transfusional con concentrados de hematies, así como hierro por vía parenteral.

Ante la sospecha de sobreinfección de la herida en MID se inició tratamiento antibiótico.

Desde el día 01.08.2023 la lesión en pierna derecha está en seguimiento por el Servicio de Traumatología. Desde esa misma fecha se comienzan con curas en la planta cada 48 horas, administrándose morfina antes de cada cura para minimizar el dolor durante la misma. Ante la mala evolución, el día 10/08/2023 se realizó una cura más exhaustiva en quirófano.

Posteriormente, se mantuvieron las curas en planta cada 48 horas y en el pase de planta se observaba que el dolor estaba controlado con la analgesia pautada. La herida evolucionó de forma satisfactoria, y en el momento del fallecimiento no se objetivaban signos de infección”.

En relación con el reproche de la reclamante sobre la anestesia, el informe señala que el procedimiento quirúrgico se realizó con

anestesia regional (bloqueo), dado que “*la extrema fragilidad de la paciente y su Alto Riesgo Anestésico (paciente ASA IV, enfermedad sistémica grave con amenaza constante para la vida), contraindicaban otro tipo de anestesia, considerándose que la técnica realizada era las más adecuada, segura y ajustada a la situación de la enferma*”.

El informe añade que la paciente durante el procedimiento anestésico y quirúrgico no transmitió dolor en momento alguno, y que “*de haberlo referido se hubiera podido administrar analgesia por vía parenteral*” y precisa que, durante el procedimiento quirúrgico, la paciente se mantuvo estable dentro de su situación clínica previa.

Finalmente, en relación con el cuidado del hematoma y la evolución de la paciente, el informe dice:

“*Tras la intervención y durante su ingreso en Medicina Interna, la paciente presentó una evolución lenta y tórpida, con numerosas complicaciones, no obstante y muy lentamente, se apreció una ligera mejoría de su situación de anasarca e insuficiencia cardiaca aguda, por lo que el equipo terapéutico valoró, y propuso a la familia, el traslado de la enferma a Unidad de Media Estancia, para continuidad de cuidados de la úlcera de MID y rehabilitación a nivel de la marcha, propuesta que fue aceptada por sus familiares.*

“*A las 48 horas de iniciar los trámites para solicitar recurso en Unidad de Media Estancia, la enferma presentó un episodio de broncoaspiración, con insuficiencia respiratoria aguda grave y empeoramiento progresivo en los días siguientes, finalmente, de acuerdo con sus familiares, y por la mala situación clínica se inició sedación paliativa la tarde el 30 de agosto tras la visita de su marido. Falleció acompañada por su familia a las 11:56 horas del día 31 de agosto de 2022.*

A modo de resumen se informa que revisado exhaustivamente el episodio clínico al que se refiere esta reclamación, se ha objetivado que la atención sanitaria y los cuidados proporcionados a la Sra. (...), han sido los indicados y adecuados para su situación de gran fragilidad y extrema gravedad, desde el momento que acudió a nuestro Servicio de Urgencias.

Significar también que no está documentado el traumatismo referido en la reclamación y que, sin embargo, es habitual ver este tipo de hematomas en pacientes con esta situación clínica basal sin que sea posible objetivar ningún antecedente traumático de entidad”.

Asimismo, consta en el expediente la emisión de informe de la Inspección Sanitaria, de 19 de agosto de 2024 que concluye que “*ha existido mal praxis en la atención a esta paciente al no vigilar ni anotar en la historia clínica en qué circunstancias se produjo el hematoma y al no haber tomado ninguna medida de vigilancia a lo largo de la noche del 30 de julio cuando se descubre el hematoma hasta la mañana del 31 de Julio que se descubre la hemorragia por la enfermera del siguiente turno*”.

Notificado el trámite de audiencia a la reclamante, el día 9 de abril de 2025, esta presenta escrito de alegaciones en las que destaca la conclusión del informe de la Inspección Sanitaria de que hubo mala praxis y pregunta sobre la posible sanción a los responsables de la mala praxis y el abono de la indemnización solicitada.

Con fecha 14 de mayo de 2025, la viceconsejera de Sanidad y directora general del SERMAS formuló propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación al considerar que la reclamante carece de legitimación para reclamar por daños personalísimos sufridos en vida por la causante y, en relación con el fallecimiento de

su familiar, no haber acreditado el nexo causal entre la actuación de la Administración sanitaria y el fallecimiento de la paciente.

CUARTO.- Por escrito de la consejera de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 26 de mayo de 2025 se formuló preceptiva consulta a este órgano.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 268/25, a la letrada vocal Dña. Rocío Guerrero Ankersmit que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 26 de junio de 2025.

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

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes,

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f.a) de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a quince mil euros y por solicitud 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.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 32.1 de la LRJSP, en cuanto familiar de la persona que recibió la asistencia sanitaria que considera incorrecta y cuyo fallecimiento le ocasionó un indudable daño moral. Si bien en su escrito de subsanación la reclamante hace referencia a los daños sufridos también por sus tres hermanos, no manifiesta que actúe en representación de estos, ni ha aportado documentación acreditativa de dicha representación, por lo que solo debe considerarse formulada por la interesada.

Se cumple, igualmente, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, por cuanto el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado por el Hospital Universitario del Henares, centro integrado en la red pública sanitaria de la Comunidad de Madrid.

En lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 de la LPAC el derecho a reclamar responsabilidad patrimonial a la Administración prescribe al

año de manifestarse el efecto lesivo y de que se haya determinado el alcance de las secuelas.

En el presente caso, acaecido el fallecimiento de la paciente el día 31 de agosto de 2022, la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada el día 30 de agosto de 2023, está formulada en plazo.

El procedimiento seguido no adolece de ningún defecto de anulabilidad o nulidad, por cuanto se han llevado a cabo todas las actuaciones necesarias para alcanzar adecuadamente la finalidad procedural y, así, se han solicitado los informes preceptivos previstos en el artículo 81 de la LPAC, habiendo emitido un informe conjunto, como ha quedado expuesto, elaborado por los responsables de los Servicios de Medicina Interna, Anestesiología, Traumatología y Unidad de Hospitalización OA y firmado tanto por la directora de Enfermería como por el director médico del Hospital Universitario del Henares.

Se ha incorporado al expediente la historia clínica de la paciente, y consta haberse solicitado informe a la Inspección Sanitaria. Después de la incorporación de los anteriores informes, consta que se ha cumplimentado el trámite de audiencia a la reclamante, que ha formulado alegaciones y se ha dictado 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.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el art. 106.2 de la Constitución Española, que garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos

por la ley, previsión desarrollada por la LRJSP en su título preliminar, capítulo IV, artículos 32 y siguientes.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, por todas, las sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 23 de junio de 2021 (recurso de casación 8419/2019), 21 de marzo de 2018 (recurso de casación 5006/2016), de 11 de julio de 2016 (recurso de casación 1111/2015) y 25 de mayo de 2016 (recurso de casación 2396/2014), requiere:

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

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

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

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

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

Según la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (Sección 5^a) de 23 de febrero de 2022 (recurso de casación 2560/2021), la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, como reiteradamente ha señalado dicho Tribunal (por todas, sentencias de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación núm. 4397/2010) y 4 de julio de 2013, (recurso de casación núm. 2187/2010) que “*no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del*

enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente”, por lo que “si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido” ya que “la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados”.

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

QUINTA.- Aplicada la anterior doctrina al presente caso, resulta acreditado en el expediente el fallecimiento de una persona, que provoca un “*daño moral cuya existencia no necesita prueba alguna y ha de presumirse como cierto*” (Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de noviembre de 2004 -recurso 7013/2000- y en similar sentido la Sentencia de 25 de julio de 2003 -recurso 1267/1999).

Una vez determinado el daño en los términos expuestos, procede analizar la concurrencia de los demás requisitos necesarios para reconocer la existencia de responsabilidad patrimonial.

La reclamante reprocha que el fallecimiento de su madre fue consecuencia de la deficiente asistencia sanitaria prestada a la paciente desde su ingreso, y refiere diversas incidencias durante prácticamente el mes en el que estuvo ingresada. Así, el día 31 de julio, “*al pasarle de la cama a la butaca le dieron un golpe en la pierna derecha con la cama, lo que le provocó una gran acumulación de sangre en un bulto, a lo largo de la noche ese bulto reventó y perdió mucha sangre*”; le tuvieron que hacer cinco transfusiones; hubo de ser intervenida para la retirada del tejido necrosado; presentó shocks y desvanecimientos y, finalmente sufrió un atragantamiento bebiendo agua, que causó su fallecimiento, porque “*estaba tan débil por todo lo sufrido por ese mes ingresada que no tenía fuerzas para toser y echar el agua*”.

Para centrar la cuestión relativa a la supuesta infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales que atendieron al paciente, debemos partir de lo que constituye regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación.

En este sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 16 de enero de 2025 (recurso 270/2022) dice que “*las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica y este Tribunal carece de los conocimientos técnicos-médicos necesarios, por lo que debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos, bien porque las partes hayan aportado informes del perito de su elección al que hayan acudido o bien porque se hubiera solicitado la designación*

judicial de un perito a fin de que informe al Tribunal sobre los extremos solicitados”.

En el presente caso, la reclamante no aporta prueba pericial alguna que acredite que la asistencia sanitaria prestada al paciente por el Hospital Universitario del Henares fuera contraria a la *lex artis*.

Por tanto, ante de la falta de prueba aportada, debemos acudir a la documentación incorporada al expediente y a los informes obrantes en el mismo.

En relación con estos últimos, el informe de los directores de Enfermería y Médico, del Hospital Universitario del Henares, considera, una vez revisado exhaustivamente el episodio clínico al que se refiere esta reclamación, que la atención sanitaria y los cuidados proporcionados a la paciente, han sido los indicados y adecuados para su situación de gran fragilidad y extrema gravedad, desde el momento que acudió al Servicio de Urgencias. Destacan también “*que no está documentado el traumatismo referido en la reclamación y que, sin embargo, es habitual ver este tipo de hematomas en pacientes con esta situación clínica basal sin que sea posible objetivar ningún antecedente traumático de entidad*”.

Frente a la anterior afirmación, el informe de la Inspección Sanitaria considera que hubo mala praxis en la atención dispensada a la paciente porque, al no vigilar ni anotar en la historia clínica en qué circunstancias se produjo el hematoma y al no haber tomado ninguna medida de vigilancia a lo largo de la noche del 30 de julio, cuando se descubrió el hematoma, hasta la mañana siguiente cuando la enfermera del siguiente turno constató la hemorragia por la enfermera del siguiente turno.

En este sentido, el informe de la Inspección Sanitaria declara:

“En la Historia Clínica de la enferma no hay ningún registro en el que conste el traumatismo referido por la familia en su reclamación, sí que hay constancia en los registros de enfermería, que la enfermera al inicio del turno de noche del día 30.07.2022 objetivó la presencia del hematoma en la pierna derecha. Es necesario señalar que la situación de extrema fragilidad de la paciente y la patología múltiple de su sistema vascular, central y periférico, añadido a su tratamiento anticoagulante pueden provocar la aparición de hematomas espontáneos, o con traumatismos mínimos, que en otras condiciones clínicas no aparecerían.

Esta situación de no decir nada de la patología de la paciente cuando ingresa entendemos que puede representar falta de observación al ingreso o de lo sucedido mientras está viviendo en el hospital (ambas situaciones son indeseables y no pueden ocurrir en un funcionamiento correcto del hospital).

Además, se descubre las consecuencias de la lesión en la noche del día 30 de julio (el hematoma en la pierna) por la noche y no consta que se hiciera nada hasta el día siguiente 31 de julio a las 7 de la mañana cuando la enfermera del turno de mañana aprecia el sangrado y se da la voz de alarma. No consta que desde la noche del 30 al 31 de julio se hiciera nada para resolver la situación. A las 07:00h del día 31.07.2022 la enfermera de la Unidad de Hospitalización objetivó la rotura del hematoma con abundante sangrado, comunicándoselo al médico de guardia y precediendo a realizar los cuidados necesarios. Este hematoma del miembro inferior derecho y su rotura, provocaron un cuadro de anemia con necesidad transfusional con concentrados de hematíes, así como hierro por vía parenteral.

Ante la sospecha de sobreinfección de la herida en MID se inició tratamiento antibiótico. Desde el día 01.08.2023 la lesión en pierna derecha está en seguimiento por el Servicio de Traumatología.

Desde esa misma fecha se comienzan con curas en la planta cada 48 horas, administrándose morfina antes de cada cura para minimizar el dolor durante la misma. Ante la mala evolución, el día 10/08/2023 se realizó una cura más exhaustiva en quirófano.

Afirma la familia que fue en una movilización por una auxiliar y un celador un golpe en la pierna, si la enfermera no lo anotó no hizo bien pues a veces estos golpes tiene estas consecuencias, estos hechos deberían haber sido investigados por la dirección de enfermería cosa que no ha hecho y debería haberse investigado y aclarado qué se hizo cuando se descubrió el hematoma y qué se hizo en esa noche que parece que no se hizo nada y fue la enfermera del turno de la mañana la que encontró la hemorragia, hay claramente una deficiente función de tutela del paciente ingresado por parte de la enfermería en la descripción de los hechos que recoge y forma la directora de enfermería del centro”.

Conviene destacar que no es hasta la fecha de la interposición de la reclamación, 30 de agosto de 2023, cuando, por primera vez la reclamante expone que la causa del hematoma fue un golpe recibido por la paciente en el traslado de la cama al sillón, lo que debería haber sido puesto de manifiesto de forma inmediata por los familiares de la paciente al personal sanitario para que hubieran realizado las averiguaciones y dado las explicaciones oportunas sobre unos hechos tan graves como los que reprocha. Llama así la atención que durante todo el mes que la paciente hubo de estar ingresada, realizándose curas periódicas en su pierna y precisando, incluso, una intervención quirúrgica, no hubiera reclamado la propia paciente o sus familiares cuando, según el relato de los hechos, la causa del hematoma fue

debida a una posible negligencia del personal sanitario. Ciertamente, no ayuda a la investigación de los hechos reprochados que se haya formulado la reclamación justo el día anterior a cumplirse el año del fallecimiento de la paciente.

Ahora bien, sí resulta acreditado, pues así lo reconoce el informe de la directora del Enfermería y el director médico del Hospital Universitario del Henares que “*sí hay constancia en los registros de enfermería, que la enfermera al inicio del turno de noche del día 30.07.2022 objetivó la presencia del hematoma en la pierna derecha*” sin que, como pone de manifiesto el médico inspector, no se adoptara medida alguna al respecto ni consultara con el médico de guardia. Se desconoce si una actuación más rápida esa misma noche podía haber evitado la evolución posterior de la herida más aún cuando, como pone de manifiesto el informe del Hospital Universitario del Henares, la extrema fragilidad de la paciente y su patología múltiple de su sistema vascular, central u periférico, añadido a su tratamiento anticoagulante pueden provocar la aparición de hematomas espontáneos, o con traumatismos mínimos que en otras condiciones clínicas no aparecerían.

La propuesta de resolución desestima la reclamación formulada al considerar que “*aun existiendo mala praxis en la asistencia del hematoma como ha quedado argumentado, lo cierto es que este episodio no fue la causa del fallecimiento, dado que la misma se produce porque la finada tiene una broncoaspiración*”.

No puede compartirse este criterio porque se desconoce cuál habría sido la posible evolución de la paciente tras la broncoaspiración sufrida por el atragantamiento, de no haber habido un retraso en el diagnóstico y tratamiento del hematoma.

En efecto, se trataba de una paciente, con múltiples patologías, en seguimiento por la Unidad del Enfermo Crónico Complejo y con una fragilidad extrema. Ahora bien, el retraso en el diagnóstico y tratamiento del hematoma no cabe duda alguna que empeoró el grave pronóstico de la paciente, disminuyendo si cabe, sus pocas posibilidades de supervivencia.

En efecto, aunque parece que tras la intervención del día 11 de agosto, la paciente mostrara una evolución algo más favorable de la herida en su pierna, continuó con una grave anemización (hubo de precisar hasta seis transfusiones durante su ingreso) y, en la última analítica reflejada en la historia clínica, correspondiente al día 22 de agosto de 2022, tenía una cifra de 9,3 g/dL de hemoglobina, frente a la cifra de 11 que presentaba a su ingreso. Además, precisó también tratamiento antibiótico y se constató una pérdida de movilidad y deterioro funcional que determinó que se propusiera a sus familiares el traslado de la paciente a una Unidad de Media Estancia, para continuidad de cuidados de la úlcera y rehabilitación a nivel de la marcha, propuesta que había sido aceptada por los familiares.

Conviene tener en cuenta que, de conformidad con la Sentencia del Tribunal Supremo de 7 de julio de 2008 (recurso 4776/2004), *«acreditado que un tratamiento no se ha manejado de forma idónea o, que lo ha sido con retraso, no puede exigirse al perjudicado la prueba de que, de actuarse correctamente, no se habría llegado al desenlace que motiva su reclamación. Con tal forma de razonarse desconocen las especialidades de la responsabilidad pública médica y se traslada al afectado la carga de un hecho de demostración imposible... Probada la irregularidad, corresponde a la Administración justificar que, en realidad, actuó como le era exigible. Así lo demanda el principio de la “facilidad de la prueba”, aplicado por esta Sala en el ámbito de la responsabilidad de los servicios sanitarios de las administraciones públicas».*

Nos encontramos, por tanto, ante un supuesto de pérdida de oportunidad que se caracteriza “*(...) por la incertidumbre acerca de si la actuación médica omitida pudiera haber evitado o minorado el deficiente estado de salud del paciente*” [Sentencia del Tribunal Supremo de 24 de septiembre de 2018 (Rec. 976/2016)].

El Tribunal Superior de Justicia de Madrid viene recogiendo el concepto de pérdida de oportunidad admitido por el Tribunal Supremo. Así la Sala madrileña en su Sentencia de 23 de junio de 2022 (Rec. 880/2020) recuerda las Sentencias del Tribunal Supremo de 2 de enero y de 3 de diciembre de 2012, en las que, remitiéndose a la de 27 de septiembre de 2011 que, a su vez, se refería a otras anteriores, definía la pérdida de oportunidad sobre la base de la Sentencia del Tribunal Supremo de 24 de noviembre de 2009 según la cual:

“La doctrina de la pérdida de oportunidad ha sido acogida en la jurisprudencia de la Sala 3ª del Tribunal Supremo, así en las sentencias de 13 de julio y 7 de septiembre de 2005, como en las recientes de 4 y 12 de julio de 2007, configurándose como una figura alternativa a la quiebra de la lex artis que permite una respuesta indemnizatoria en los casos en que tal quiebra no se ha producido y, no obstante, concurre un daño antijurídico consecuencia del funcionamiento del servicio. Sin embargo, en estos casos, el daño no es el material correspondiente al hecho acaecido, sino la incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse seguido en el funcionamiento del servicio otros parámetros de actuación, en suma, la posibilidad de que las circunstancias concurrentes hubieran acaecido de otra manera. En la pérdida de oportunidad hay, así pues, una cierta pérdida de una alternativa de tratamiento, pérdida que se asemeja en cierto modo al daño moral”

y que es el concepto indemnizable. En definitiva, es posible afirmar que la actuación médica privó al paciente de determinadas expectativas de curación, que deben ser indemnizadas, pero reduciendo el montante de la indemnización en razón de la probabilidad de que el daño se hubiera producido, igualmente, de haberse actuado diligentemente (FD 7º)".

Recuerda asimismo la citada Sentencia del Tribunal Supremo de 7 de julio de 2008, antes citada, relativa a un indebido retraso en dispensar al paciente en las mejores condiciones posibles, el tratamiento que necesitaba, lo que le privó de la probabilidad de obtener un resultado distinto y más favorable para su salud; en ella se declaraba que «*(...) esta privación de expectativas, denominada en nuestra jurisprudencia doctrina de la "pérdida de oportunidad" [sentencias de 7 de septiembre de 2005 (casación 1304/01, FJ2º) y 26 de junio de 2008, ya citada, FJ6º], constituye, como decimos, un daño antijurídico, puesto que, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación), los ciudadanos deben contar, frente a sus servicios públicos de la salud, con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica pone a disposición de las administraciones sanitarias; tienen derecho a que, como dice la doctrina francesa, no se produzca una "falta de servicio"*».

En el caso que nos ocupa, no puede afirmarse que haya quedado acreditado que la evolución no hubiera sido diferente de haberse podido tratar antes el hematoma y que, ante el atragantamiento sufrido posteriormente, no se hubiera podido evitar el fallecimiento.

Por tanto, ha de procederse a valoración del daño causado. En estos casos, la citada Sentencia del Tribunal Supremo de 3 de diciembre del 2012, recoge que: «*a la hora de efectuar la valoración del*

daño indemnizable, la jurisprudencia [...] ha optado por efectuar una valoración global que, a tenor de la Sentencia del Tribunal Supremo de 3 de enero de 1990, derive en una apreciación racional, aunque no matemática”.

No constan en el expediente datos que permitan establecer cuáles hubieran sido las posibilidades de sobrevivir de la paciente de haber sido atendida con prontitud, pero, como se señaló en los dictámenes 491/20, de 27 de octubre y 541/23, de 10 de octubre, en todo caso, en la pérdida de oportunidad solo se valora el daño moral ocasionado a la reclamante en cuanto a desconocer cuál hubiera sido la evolución de haberse actuado de manera correcta.

Puesto que, como se recoge en el informe de la Inspección sanitaria, es difícil considerar que la evolución hubiera sido distinta dada la edad y patologías de base que padecía la fallecida, esta Comisión considera adecuada una cantidad global de 6.000 euros para la reclamante, cantidad que debe considerarse ya actualizada.

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

CONCLUSIÓN

Procede estimar parcialmente la presente reclamación y reconocer a la reclamante una indemnización global y actualizada de 6.000 euros.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el

plazo de quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 26 de junio de 2025

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.^º 332/25

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid