

Dictamen n.º: **82/26**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **11.02.26**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 11 de febrero de 2026, 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, a través de su representante, por D., Dña. y Dña. (en adelante “*los reclamantes*”), en su condición de hijos, por el fallecimiento de Dña. (“*la paciente*”) que atribuyen a una deficiente asistencia sanitaria prestada por el Hospital Universitario Rey Juan Carlos, de Móstoles, derivada de una operación de coloproctología – rectopexia ventral.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Con fecha 9 de febrero de 2024, las personas indicadas en el encabezamiento presentan, a través de su representante, un escrito de responsabilidad patrimonial frente al Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) por los daños ocasionados que se le han generado como consecuencia de una incorrecta asistencia en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos (HURJC), que provocó el fallecimiento de su familiar.

Narran en su reclamación diferentes asistencias sanitarias a la paciente prestadas en el Hospital Universitario de Móstoles entre 2021 y 2022. En particular, y en lo que interesa a este dictamen, indican que el 14 de febrero de 2022 se realizó a la paciente una colonoscopia de la que resultó *“Diverticulosis masiva. Prolapso rectal. Hemorroides internas congestivas. Exploración incompleta”*.

Señalan que con fecha 23 de enero de 2023 la paciente acudió al Servicio de Cirugía General y Digestivo del HURJC, siendo derivada a Cirugía Colorrectal. Posteriormente, con fecha 30 de enero de 2023, acudió a este Servicio, y tras una resonancia magnética pélvica fue diagnosticada de *“patología del suelo pélvico – prolapso rectal. Síndrome obstructivo defecatorio”*.

Posteriormente, y según narran, el 27 de abril de 2023 la paciente, tras una colonoscopia, fue diagnosticada en el HURJC de: *“prolapso rectal y diverticulosis de sigma”*.

Señalan a continuación que con fecha 26 de mayo de 2023, la paciente acudió al Servicio de Cirugía General y Digestivo del HURJC para revisión de la que resultó lo siguiente: *“Plan: Tras valorar pros y contras de los abordajes del prolapso incluyo en lista de espera quirúrgica para rectopexia ventral (asocia también descenso de suelo pélvico, cesárea) Explico que existen técnicas que se pueden hacer posteriormente por si no se resolviera del todo el prolapso. Doy preparación intestinal para el día previo a la cirugía. Incluyo en lista de espera quirúrgica, firma el consentimiento informado y pido preparación. Diagnóstico: Patología del suelo pélvico – Prolapso rectal. Síndrome obstructivo defecatorio”*.

Añaden que tras haberse realizado el preoperatorio, la cirugía programada para el 14 de junio de 2023 tuvo que ser suspendida por prolongaciones de cirugías previas, indicando en su reclamación que *“no continuaron con la misma, al carecer de los instrumentos necesarios”*.

Según señalan, con fecha 28 de junio de 2023 la paciente fue intervenida de coloproctología – rectopexia ventral robótica con abordaje endoscópico, añadiendo que *«desde la salida de la intervención, los facultativos dijeron que había sido una intervención muy complicada, que quisieron suspenderla en varias ocasiones, pero que finalmente “acabó bien”»*.

Continúan narrando que *“tras casi 12 horas después de la intervención, apareció la doctora a ver como estaba la paciente, que tenía mucho dolor. La palpó y dijo que todo era normal, que con un analgésico más fuerte se pasaría. Sobre las 15 horas se le bajó la tensión, no saturaba bien, vino el cirujano a verla y dijo que no le gustaba nada el tipo de abdomen distendido que tenía, que al palparlo sabía que no era normal, por lo que le realiza un scanner”*.

El resultado del TAC, según recogen en su reclamación, es *“gases y líquidos”*, añadiendo que *“(…) también argumenta que el resultado del escáner no es claro, y que prefería llevar a la paciente a cirugía para ver qué había pasado, que tenía perforado el intestino desde la primera cirugía y que al entrar también el cirujano lo había perforado, por lo que había tenido que cortar 80 cms y unir. Además, tenía una neumonía que había bronco aspirado en la anestesia anterior, y que eso era lo más preocupante. Durante la cirugía se administró 2,5 k de sueroterapia y reponen Bicarbonato y potasio. Se traslada a UCI intubada y bajo los efectos de la sedación, manteniendo a su ingreso en Uci inestabilidad hemodinámica, hiperlactacidemia de 8 mmol/L y Ph 7”*.

Un día después, el 29 de junio de 2023, la paciente fue reintervenida de forma urgente a las 19:47 horas, utilizando la técnica de laparoscopia, y según señalan, durante esta intervención *“en el intento de desbridar y soltar el ovillo intestinal se produce otra lesión intestinal, por lo que condiciona la resección de 80 cm de intestino conteniendo ambas perforaciones”*.

Añaden que tras realizarse a la paciente un nuevo TAC, a las 22:39 horas se emitió informe de alta médico y admisión a Unidad de Cuidados Intensivos ya que *“tras la cirugía la paciente tiene que ser trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos intubada y bajo los efectos de sedación, para estabilidad hemodinámica y cuidados postoperatorios”* y que *“se explicó a los familiares que todo estaba bien, y que regresaran a la hora de las visitas, nadie notificó nada sobre como era su estado real de salud, no se informó de la gravedad en la que quedó la paciente”*.

La paciente, según manifiestan los reclamantes, progresó rápidamente a *“éxitus letalis”* y según declaran *“lo siguiente que supo la familia es que, al día siguiente a la hora de las visitas, se encuentran con que la paciente está siendo mantenida artificialmente, ya que está sufriendo un fallo multiorgánico. Nadie llamó para avisar en toda la noche, la familia la encontró con diálisis que le habían intervenido por la noche y reanimado en varias ocasiones, falleciendo a las 14:40 horas del 30 de junio de 2023”*.

A continuación los reclamantes enumeran los reproches a la actuación de los servicios del HURJC, que concretan en, (i) error a la hora de elegir la técnica de la cirugía del prolapso rectal (laparoscopia), dadas las intervenciones y situación colónica; (ii) la paciente fue sometida a una cirugía considerada menor y con muy bajo riesgo, y nunca se informó sobre la posibilidad de perder la vida en ella en el plazo de tres días; (iii) se ha vulnerado 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 de la Autonomía del Paciente (Ley 41/2002), en cuanto al derecho a la información puesto que tratándose de una paciente ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos y agonizando, es imperativa la consulta y el traslado de información a los familiares directos; (iv) se ha vulnerado asimismo el derecho a la información de la

Ley 41/2002, en cuanto al consentimiento informado, pues no consta que el tratamiento recibido por el paciente tenga ningún tipo de soporte ni haya sido comunicado ni al mismo ni a la familia; (v) todo indica, que se ha producido un retraso en el diagnóstico y el abordaje de la patología infecciosa del paciente, cuando no, infección nosocomial, con el desarrollo de un fallo multiorgánico que provocó el fallecimiento de la paciente; (vi) el fallecimiento se produce finalmente por un fracaso multiorgánico por shock séptico, lo que evidencia los insuficientes medios dentro de los Servicios Públicos de Salud y que es determinante en el fallecimiento de la paciente y; (vii) existe un daño desproporcionado, dado que se trataba de una intervención aparentemente sin riesgo y el fallecimiento de la paciente.

Por todo lo señalado, reclaman la cantidad de 220.000 euros en concepto de *“pérdida de oportunidad en el fallecimiento”* de la paciente.

Acompañan a su reclamación dos poderes generales para pleitos a favor de sus representantes, certificaciones del Registro Civil de Santiago de Cali (Colombia) para la acreditación de parentesco y varios informes médicos del Hospital Universitario de Móstoles y del HURJC.

SEGUNDO.- Admitida la reclamación fue requerida al HURJC la historia clínica (exclusivamente la relacionada con los hechos y consecuencias objeto de la reclamación) en la que constaran los documentos de consentimiento informado firmados por la paciente de Anestesia y Cirugía General, así como los informes quirúrgicos de las cirugías realizadas y al menos los informes preceptivos de los Servicios de Anestesia, Cirugía General y Unidad de Cuidado Intensivos. Así mismo, se solicitaba del HURJC que aclararan en su informe, *“si la atención fue o no prestada a través del concierto con esta Consejería, y si los facultativos intervinientes en dicha atención pertenecen a la Administración Sanitaria Madrileña”*.

Remitida esta historia clínica, de ella se extraen los siguientes hechos relevantes.

La paciente, nacida en de, cuenta con antecedentes de cardiopatía isquémica crónica, con episodio de infarto agudo de miocardio inferior en 2019, hipertensión arterial, dislipemia, hipotiroidismo, ansiedad y antecedentes quirúrgicos relevantes como histerectomía, hemitiroidectomía, cesáreas, prolapso rectal y diverticulosis colónica, neumonía bilateral por COVID-19, que precisó ingreso, y alergia a penicilina y betalactámicos.

El 23 de enero de 2023, la paciente acude a su primera consulta en el Servicio de Cirugía General y Digestivo en el HURJC resultando de esta consulta que se trata de una paciente con prolapso rectal que no pudo operarse en Hospital Universitario de Móstoles por motivos personales, siendo el diagnóstico el de *“patología del suelo pélvico - prolapso rectal”*

Con fecha 30 de enero de 2023, la paciente acude de nuevo a consulta en el Servicio de Cirugía General y Digestivo en el HURJC en la que se solicita resonancia magnética pélvica dinámica y colonoscopia y se señala que se valorará cirugía.

EL 26 de mayo de 2023, en consulta monográfica de suelo pélvico en el referido Servicio, se informa a la paciente del resultado las pruebas solicitadas. En concreto, en la resonancia magnética pélvica con secuencias potenciadas en T2, se observa descenso del suelo pélvico y distensión de las líneas H y M, indicativas de debilidad estructural, mientras que la colonoscopia resultó sin hallazgos de masas ni alteraciones significativas, no identificándose lesiones obstructivas ni signos de enfermedad inflamatoria intestinal. Se diagnostica prolapso rectal con exteriorización basal, edema y sangrado mucoso al roce, asociado a diverticulosis de sigma, identificándose síndrome de obstrucción defecatorio y descenso del suelo pélvico, en

relación con antecedentes obstétricos (cesáreas) y se propone tratamiento quirúrgico mediante rectopexia ventral, explicándose a la paciente que existen técnicas que se pueden hacer posteriormente por si no se resolviera del todo el prolapso.

Realizadas las pruebas preoperatorias correspondientes, se incluye a la paciente en lista de espera quirúrgica y con fecha 14 de junio de 2023 firma el correspondiente documento de consentimiento informado, ingresando ese mismo día para la realización de la cirugía programada, que, sin embargo, no pudo llevarse a efecto al ser suspendida por prolongación de cirugías previas.

Con fecha 28 de junio de 2023 se realiza intervención programada de la que resulta lo siguiente: *“Hallazgos: Síndrome adherencial con epiplón adherido a línea media y región supramesocólica. Asas de delgado adheridas firmemente a la pared de la fosa iliaca derecha. Dolicosigma también con adherencias sobre sí mismo haciendo un ovillo. Descenso marcado del suelo pélvico con el receso de Douglas prácticamente en el septo rectovaginal. Histerectomía. Técnicas de Intervención: Liberación de las adherencias imprescindibles para la realización de la rectopexia. Apertura del receso de Douglas y liberación mínima del tabique rectovaginal hasta llegar al septo a un cm del cuerpo perineal por estar este espacio ya liberado de forma patológica. Colocación de la malla de polipropileno en el tabique rectovaginal anclada al recto con 6 puntos de ethibon 2/0 Anclaje de la malla al promontorio sacro con tackers metálicos y con un punto de ethibon. Cierre del peritoneo con sutura continua de vlock 3/0”.*

A las 9:35 horas del 29 de junio de 2023 la paciente es valorada por el Servicio de Cirugía General y Digestivo del HURJC sin incidencias.

Posteriormente, a las 16:30 horas de ese mismo día se avisa al equipo de guardia por desaturación, hipotensión y dolor abdominal por sospecha de abdomen agudo. Se realiza TAC abdominal urgente a las 18:28 horas que concluye *“Cambios postquirúrgicos de rectopexia ventral robótica. Infiltrado alveolar/atelectasia con broncograma aéreo en porción declive del lóbulo inferior derecho, con distensión y moderada cantidad de contenido en el esófago, a valorar broncoaspiración. Dilatación de yeyuno (hasta 34 mm distal a Treitz), con disminución de calibre progresivo hasta hipogastrio, donde se aprecia cambio brusco del realce parietal de las asas en una extensión de unos 20 cm. Considerando el antecedente quirúrgico reciente con liberación de adherencias, se recomienda valorar hipoperfusión intestinal a ese nivel. Líquido libre perihepático, en gotiera parietocólica derecha, interasas y en pelvis, sin delimitar claras colecciones”*.

A las 19:47 horas del 29 de junio de 2023 se realiza reintervención urgente que se inicia por laparoscopia, pero ante hallazgos de líquido intestinal oscuro y adherencias severas, se convierte en laparotomía de la que resulta lo siguiente: *“se identifica una perforación de asa ileal en la fosa iliaca derecha (FID), en zona de adherencias firmes. Durante la liberación del ovillo intestinal se produce una segunda lesión, lo que obliga a resecar 80 cm de intestino delgado. Se realiza anastomosis laterolateral con grapadora quirúrgica (EndoGia) y cierre de enterostomía con sutura Stratafix. Se colocan drenajes tipo Blake en cavidad pélvica (Douglas) y parietocólica derecha, y se realiza lavado abundante”*.

A las 22:39 horas es trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos.

A las 5:28 horas del 30 de junio de 2023, se realiza un nuevo TAC abdominal del que resulta *“Cambios postquirúrgicos de laparotomía media supra-infraumbilical, con resección de intestino delgado en hipogastrio-fosa iliaca derecha, incluyendo el segmento hipoperfundido*

en TC reciente. Anastomosis laterolateral en fosa iliaca derecha. Asas intestinales restantes con realce conservado/similar a TC reciente. Disminución de la dilatación de asas de yeyuno, por colocación de sonda nasogástrica. Disminución del líquido intraabdominal, con colocación de drenajes en Douglas y gotiera parietocólica derecha”.

Consta en el informe de la Unidad de Cuidados Intensivos del día 30 de junio de 2023 lo siguiente:

“Se realiza laparotomía urgente con resección de intestino delgado de 80cm + anastomosis. Inestable hemodinámicamente en el intraoperatorio, con acidosis e hiperlactacidemia mantenidas, requiriendo soporte vasoactivo y sueroterapia abundante. A su ingreso en UCI mantiene inestabilidad hemodinámica. hiperlactacidemia de 8 mmol/L y pH 7. Familia informada del mal pronóstico.

Rápida evolución a fracaso multiorgánico durante las primeras horas de ingreso en UCI a pesar de soporte vasoactivo con noradrenalina a dosis altas (>1 mcg/kg/min) y expansión con cristaloides. Se canaliza catéter PiCCO femoral para monitorización hemodinámica avanzada: parámetros compatibles con descenso de índice cardíaco, aumento de resistencias vasculares, signos incipientes de sobrecarga de fluidos a nivel pulmonar, aunque con leve deplección a nivel intravascular. Ecocardiografía a pie de cama que objetiva disfunción ventricular en el contexto de la sepsis.

Ante acidosis persistente e insuficiencia renal aguda se inicia HDWC con flujo de diálisis 2000 ml/h y flujo sanguíneo de 100 ml/min. Reposición repetida con bicarbonato y potasio para conseguir corrección iónica. Escasa respuesta diurética.

Se realizó nuevo TC abdominal urgente sin objetivar nuevas complicaciones a dicho nivel.

Datos de insuficiencia hepática incipiente con hipoglucemia hasta 45 mg/dL y coagulopatía con AP 55% ya al ingreso. Anemización leve a Hb 10.5 g/dL en el contexto de sobrecarga hídrica intensa, sin signos de sangrado activo, drenajes quirúrgicos con escaso débito serohemático. Mantiene distensión abdominal con PIA 22 mmHg. Sin problemas a otros niveles manteniendo adecuada oxigenación y ventilación con PEEP 8 cmH₂O y FiO₂ 0.6. Sedoanalgesia con midazolam y opioides, manteniendo RASS -4-5 y sin signos de disconfort. Tendencia a hipotermia. Se coloca manta térmica consiguiendo $P > 35^{\circ}\text{C}$. Se continúa expansión con cristaloides y se añade adrenalina sin conseguir mejoría, mantiene hipotensión refractaria e hiperlactacidemia en aumento hasta 19 mmol/L.

Ante la situación de shock séptico evolucionado con fracaso multiorgánico refractario a todas las medidas se informa a familiares de la gravedad y del pronóstico ominoso a corto plazo.

Finalmente se produce exitus a las 14:40h”.

TERCERO.- Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del procedimiento de responsabilidad patrimonial de acuerdo con la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

Con fecha 16 de febrero de 2024, se requirió a los reclamantes para que acreditaran la relación de parentesco de D. (...) con la paciente, presentando éstos los correspondientes certificados de nacimiento el 27 de febrero de 2024.

El 5 de marzo de 2024 fue requerida la historia clínica de la paciente en los términos que ya hemos señalado en este dictamen. En

contestación a este requerimiento desde el HURJC se indica que la atención dispensada a la paciente lo fue en virtud del concierto suscrito con la Comunidad Autónoma de Madrid, siendo los facultativos de los Servicios de Cirugía General y del aparato Digestivo y de la Unidad de Cuidados Intensivos personal de la plantilla de (...) y los facultativos del Servicio de Anestesiología y Reanimación, personal de (...), tercero no integrado en la plantilla de (...), que desarrolla su actuación en las instalaciones del hospital, con el equipamiento y medios de éste, aunque asumiendo la responsabilidad de las acciones u omisiones en las que intervenga su personal, teniendo suscrita al efecto una póliza de responsabilidad civil con la compañía (...), añadiendo que (...) tiene suscrita una póliza de responsabilidad civil y ha comunicado esta reclamación.

Se han incorporado al expediente también los informes del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, del Servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos y del Servicio de Anestesiología y Reanimación, todos ellos del HURJC.

El primero de ellos, de fecha 14 de mayo de 2024, después de relatar los hechos, analiza los reproches formulados por los reclamantes en los términos que posteriormente se señalarán en este dictamen para concluir que la asistencia prestada por ese Servicio fue *“en todo momento, la adecuada siguiendo los patrones habituales de la correcta práctica asistencial”*.

Por su lado, el Servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos después de informar sobre su actuación en los hechos señala, con fecha 6 de mayo de 2024, que *“la familia fue consciente de la gravedad desde el ingreso en Cuidados Intensivos, según consta en la nota de alta, donde claramente se especifica que la familia está informada del mal pronóstico de la paciente”*, añadiendo que *“durante toda la noche se estuvo intentando remontar la situación de shock con todas las medidas que a*

nivel científico se pueden y deben utilizar para el tratamiento de este. La evolución no fue la deseada, volviéndose a informar a la familia de la situación y del próximo desenlace hacia el fallecimiento que ocurrió horas más tarde”.

Por último, el Servicio de Anestesiología y Reanimación, el día 10 de mayo de 2024, en relación con la posible broncoaspiración señalada por los reclamantes indica que *“incluso si se considerara como una posibilidad que hubiera ocurrido una broncoaspiración, esta debió tener un impacto subclínico, una vez analizados los reportes del equipo de anestesia de ese día, así como los registros de la unidad de reanimación en las primeras horas postoperatorias”.*

Posteriormente, con fecha 4 de octubre de 2024 los reclamantes solicitan copia de todo lo actuado, que les fue remitida el 24 de octubre de 2024.

Con fecha 4 de septiembre de 2025 la Inspección Sanitaria emite informe en el que después de hacer una detallada relación de los hechos, realiza una serie de consideraciones médicas sobre, (i) el prolapso rectal, (ii) la rectopexia ventral robótica con malla de polipropileno, (iii) la elección adecuada de la técnica quirúrgica y, (iv) la isquemia intestinal en pacientes con patología vascular. A continuación, realiza un juicio crítico sobre los hechos objeto de reclamación concluyendo que la asistencia sanitaria dispensada a la paciente por los Servicios de Cirugía General y Digestivo, Cuidados Intensivos y Anestesiología y Reanimación del HURJC *“fue adecuada y de acuerdo a la lex artis”.*

Posteriormente, el 5 de noviembre de 2025 se procede a dar trámite de audiencia a los reclamantes que presentan sus alegaciones con fecha 25 de noviembre de 2025 oponiéndose a las conclusiones del informe de la Inspección Sanitaria y señalando que *“la broncoaspiración secundaria a la anestesia obligaba ineludiblemente el inmediato control y*

se debió tratar en Unidad de Cuidados Intensivos y no en planta” y que “se debió y pudo considerar la técnica por vía perineal, menos agresiva ante el caso que se presentaba y se optó por hacer el tratamiento por vía laparoscópica asistida por robot, pero dado los hallazgos encontrados, con numerosas adherencias sumamente firmes, y que era lo esperado, el planteamiento de la entrada en la cavidad abdominal, era sumamente difícil, se debió de considerar de entrada, la reconversión primero a cirugía abierta, dado que esta ante las adherencias presenta en principio mayor facilidad”, todo ello para concluir que la actuación en el HURJC “no fue en absoluto adecuada y de acuerdo a la lex artis”.

Con fecha 28 de octubre de 2025 se dio audiencia al HURJC, que el 14 de noviembre de 2025, de acuerdo con lo que resulta de los informes ya referidos en este dictamen de sus Servicios y del informe de la Inspección Sanitaria, se opone a la reclamación por considerar su actuación ajustada a *lex artis*.

Por último, el 18 de diciembre de 2025, la viceconsejera de Sanidad y directora general del Servicio Madrileño de Salud emite propuesta de resolución en la que se propone desestimar la reclamación, por no concurrir la existencia de antijuridicidad del daño.

CUARTO.- El 13 de enero de 2026, tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora, la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial indicada.

El presente expediente (17/26) correspondió –por reparto de asuntos– al letrado vocal D. Ángel Chamorro Pérez, que formuló la propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en la sesión del día citado en el encabezamiento del dictamen.

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 (ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, se regula en la LPAC de conformidad con su artículo 1.1, la cual debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

Los reclamantes ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la LRJSP, en cuanto sufren el daño moral que provoca el fallecimiento de su madre. Acreditan su relación de parentesco con la paciente mediante certificado del libro de familia.

En lo concerniente a la legitimación pasiva para soportar la reclamación, le corresponde a la Comunidad de Madrid, ya que el daño cuyo resarcimiento se pretende se atribuye a la asistencia prestada a la paciente en el HURJC, que es un centro sanitario vinculado por concierto con la red sanitaria pública.

Como hemos dicho reiteradamente, es imputable a la Administración sanitaria la responsabilidad por el funcionamiento de los servicios públicos en el seno de las prestaciones propias del Sistema Nacional de Salud, sea cual fuere la relación jurídica que la una al personal o establecimientos que directamente presten esos servicios, sin perjuicio de la facultad de repetición que pudiera corresponder.

En este sentido la Sentencia del Tribunal Supremo de 2 de diciembre de 2025 (rec. 6243/2023) señala que “(...) *la deficiente prestación sanitaria realizada por una entidad que mantenía un concierto de asistencia sanitaria con la Administración sanitaria pública, al tratarse de una asistencia sanitaria prestada con base en el mismo, no excluye en modo alguno la existencia de una posible responsabilidad de la Administración (...)*”.

Por lo que se refiere al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 de la LPAC “*el derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas*”.

En este caso, en que se reclama por el fallecimiento de una persona el *dies a quo* viene dado por la fecha en que tal fallecimiento se produjo, en este caso, el 30 de junio de 2023, por lo que presentada la reclamación el día 9 de febrero de 2024, podemos concluir que ha sido formulada dentro del plazo legalmente previsto.

Por lo que se refiere al procedimiento seguido se observa que en cumplimiento del artículo 81 de la LPAC, se ha emitido informe por los servicios médicos del hospital que intervino en la asistencia prestada al reclamante. De igual modo, consta incorporada la historia clínica de la

asistencia prestada y se ha emitido informe por la Inspección Sanitaria, con el resultado ya expuesto.

Se ha conferido trámite de audiencia al reclamante y al HURJC conforme al artículo 82 de la LPAC, y finalmente, se redactó la propuesta de resolución en sentido desestimatorio de la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada.

En definitiva, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 106.2 de la Constitución Española, 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.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada (por todas, las Sentencias del Tribunal Supremo de 5 de noviembre de 2012 y de 29 de julio de 2013), requiere la concurrencia de varios requisitos:

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.

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. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005) y otras 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”*.

También es doctrina jurisprudencial consolidada la que entiende que esa responsabilidad patrimonial 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, aunque es imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, dado que no es posible constituir a la Administración en aseguradora universal (Sentencias del Tribunal Supremo de 21 de julio y 14 de noviembre de 2011).

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2022 (recurso 771/2020), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo:

«el hecho de que la responsabilidad extracontractual de las Administraciones públicas esté configurada como una

responsabilidad objetiva no quiere decir, ni dice, que baste con haber ingresado en un centro hospitalario público y ser sometido en el mismo al tratamiento terapéutico que el equipo médico correspondiente haya considerado pertinente, para que haya que indemnizar al paciente si resultare algún daño para él. Antes, al contrario: para que haya obligación de indemnizar es preciso que haya una relación de antijurídico, es decir: "que se trate de un daño que el paciente no tenga el deber de soportar, debiendo entenderse por daño antijurídico, el producido (cuando) no se actuó con la diligencia debida o no se respetó la lex artis ad hoc".

En consecuencia, lo único que resulta exigible a la Administración Sanitaria "... es la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en este tipo de responsabilidad es una indebida aplicación de medios para la obtención de resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente".

En la mayoría de las ocasiones, la naturaleza jurídica de la obligación de los profesionales de la medicina no es la de obtener en todo caso la recuperación de la salud del enfermo, obligación del resultado, sino una obligación de medios, es decir, se obligan no a curar al enfermo, sino únicamente a dispensarle las atenciones requeridas, según el estado de la ciencia (SS del TS de 4 de febrero y 10 de julio de 2002 y de 10 de abril de 2003).

En definitiva, el título de imputación de la responsabilidad patrimonial por los daños o perjuicios generados por el funcionamiento normal o anormal de los servicios de asistencia sanitaria, no consiste sólo en la actividad generadora del riesgo, sino que radica singularmente en el carácter inadecuado de la

prestación médica llevada a cabo, que puede producirse por el incumplimiento de la lex artis o por defecto, insuficiencia o falta del servicio.

A lo anterior hay que añadir que no son indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido evitar o prever según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento que se producen aquéllos, de suerte que si la técnica empleada fue correcta de acuerdo con el estado del saber, el daño producido no sería indemnizable por no tratarse de una lesión antijurídica sino de un riesgo que el paciente tiene el deber de soportar y ello aunque existiera un nexo causal.

En la asistencia sanitaria, el empleo de la técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido ya que cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si a pesar de ello causó el daño o más bien pudiera obedecer a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente».

CUARTA.- Del breve resumen de los presupuestos de la responsabilidad patrimonial incluidos en la consideración jurídica precedente, se deduce que no cabe plantearse una posible responsabilidad de la Administración sin la existencia de un daño real y efectivo a quien solicita ser indemnizado. En este caso, ya hemos adelantado la existencia del daño moral de los reclamantes por el solo hecho del fallecimiento de su familiar, “*daño moral cuya existencia no necesita prueba alguna y ha de presumirse como cierto*” y que jurisprudencia consolidada ha admitido como supuesto de lesión indemnizable, aunque de difícil valoración económica.

Concretado el daño en los términos anteriormente expuestos, vamos a analizar los reproches de los interesados, partiendo de lo que constituye la regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido se ha pronunciado, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 8 de abril de 2022 (recurso 1079/2019), cuando señala 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”*.

En este caso, los reclamantes aducen que la paciente falleció como consecuencia de una mala praxis en la actuación de varios Servicios del HURJC que concreta en una serie de consideraciones aunque, no obstante corresponderle, como acabamos de señalar, la carga de la prueba, no han incorporado al procedimiento, ni en su escrito de reclamación ni en sus alegaciones posteriores, medio probatorio ni pruebas pericial médica alguna de la que resulte que la atención que le fue dispensada fuera incorrecta o inadecuada, sin que sirvan a este propósito las afirmaciones contenidas en sus escritos.

Antes, al contrario, todos los informes obrantes en el expediente, incluido el de la Inspección Sanitaria coinciden en señalar que la asistencia prestada a la paciente fue conforme con la *lex artis ad hoc*.

No referiremos a continuación a cada uno de los reproches formulados por los reclamantes tanto en su escrito inicial como en sus posteriores alegaciones.

Señalan los reclamantes en varias ocasiones que la asistencia prestada a la paciente está basada en un error a la hora de elegir la técnica de la cirugía del prolapso rectal (laparoscopia), dadas las intervenciones y situación colónica de la paciente, sin aportar, como

hemos señalado, medio probatorio ni pruebas pericial médica alguna que justifique esta afirmación.

Frente a esta opinión, la Inspección Sanitaria señala que diagnosticado *“prolapso rectal con exteriorización basal, edema y sangrado mucoso al roce, asociado a diverticulosis de sigma”*, el tratamiento quirúrgico propuesto (rectopexia ventral) es *“conforme a la patología funcional y estructural del suelo pélvico”*, añadiendo que *“la cirugía robótica, utiliza un sistema robótico (como el Da Vinci) que traduce los movimientos del cirujano en acciones precisas dentro del abdomen. Ofrece mayor precisión, visión tridimensional y mejor ergonomía. Es ideal para procedimientos delicados como la rectopexia ventral, especialmente en zonas profundas como el suelo pélvico. No permite contacto directo con los tejidos (no hay tacto), pero compensa con visión y control”*, concluyendo que en este caso *“la elección de rectopexia ventral robótica fue adecuada por, (i) la necesidad de precisión en el tabique rectovaginal; (ii) la presencia de adherencias complejas y; (iii) la ventaja de recuperación funcional más rápida”*. Añade, por último, este informe que *“la técnica laparoscópica elegida es estándar en el tratamiento del prolapso rectal y no constituye, por sí sola, una mala praxis”*.

En este mismo sentido, el informe del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del HURJC contiene bibliografía de la que resulta que *“dado que la paciente presentaba una intervención previa (histerectomía) que no contraindica un abordaje mínimamente invasivo (es deseable siempre que se pueda) y si una alta capacitación quirúrgica como es el caso, y su situación colónica simplemente evidenciaba un prolapso rectal (motivo de su intervención) y una diverticulosis de sigma (hecho muy prevalente en la población normal y que no contraindica el abordaje laparoscópico)”*.

Por otro lado, señalan los reclamantes que el fallecimiento de la paciente tuvo lugar tras una cirugía considerada de bajo riesgo y que de

haber recibido gestión médica adecuada y convenientemente abordada en su momento este fallecimiento no se habría producido, todo lo cual revela claramente, según manifiestan, la penuria negligente de medios empleados, según el estado de la ciencia y el descuido en su conveniente y diligente utilización, según la regla *res ipsa loquitur*.

Frente a esta opinión de los reclamantes, nuevamente sin prueba alguna por su parte, debemos advertir que el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del HURJC, en su informe de 14 de mayo de 2024, advierte que *“un prolapso rectal no se considera una intervención de bajo riesgo. Es un procedimiento que exige una alta capacitación profesional (especialmente por abordajes mínimamente invasivos como el inicialmente realizado) y es una cirugía mayor no exenta de potenciales complicaciones incluida la reintervención y posible fallecimiento”*, añadiendo que la paciente fue atendida en todo momento de manera adecuada, eficaz y coordinada por profesionales poseen una dilatada experiencia en su área de interés y que la segunda intervención fue realizada de forma urgente como consecuencia de una tórpida evolución clínica y fue realizada de forma diligente y sin retrasos.

A estos efectos debemos también tener en cuenta las complicaciones surgidas durante la intervención del día 28 de junio de 2023 señalado en este sentido la Inspección Sanitaria en su informe que *“durante la primera cirugía se observan adherencias intestinales complejas, dolicosigma en ovillo y descenso marcado del suelo pélvico. Se colocó una malla de polipropileno anclada al recto y al promontorio sacro, técnica estándar para estabilizar el recto. La liberación de adherencias fue limitada por la complejidad anatómica, lo que pudo dificultar la visualización de zonas vulnerables. Estas condiciones quirúrgicas predisponen a lesiones intestinales inadvertidas y a isquemia local, factores que se relacionan directamente con la posterior perforación y desenlace séptico”*, añadiendo, respecto de la reintervención urgente que tiene lugar previo TAC abdominal que *“se realizó ante un deterioro*

clínico grave, con resección intestinal de 80 cm, lo que indica una actuación quirúrgica activa y no una omisión de medios”.

Sostienen también los reclamantes que *“la broncoaspiración secundaria a la anestesia obligaba ineludiblemente el inmediato control y se debió tratar en Unidad de Cuidados intensivos y no en planta”.*

Sin embargo, y según manifiesta la Inspección Sanitaria *«no ha quedado demostrado que haya existido una broncoaspiración, sino que las imágenes pueden ser secuelas de la neumonía bilateral por COVID-19 que sufrió previamente. El TAC abdominal urgente mostró dilatación de asas yeyunales, líquido libre en cavidad abdominal y signos compatibles con hipoperfusión intestinal, sin colecciones definidas. Era el TAC abdominal previo a la cirugía urgente el que comenta “a valorar broncoaspiración”, que el TAC urgente posterior de las 5:28 horas del día 30 de junio lo descarta. Se describió un broncograma aéreo/atelectasia en el lóbulo inferior derecho, pero solo como hallazgo incidental. El informe indica “a valorar broncoaspiración” como posibilidad diagnóstica, sin confirmación clínica ni radiológica. No se objetivaron signos típicos de broncoaspiración como infiltrados alveolares, consolidación o contenido gástrico en vía aérea. Por tanto, el estudio no aporta evidencia concluyente de broncoaspiración, y el cuadro clínico se relaciona con isquemia intestinal».*

Añaden también los reclamantes que *“un retraso en el diagnóstico y el abordaje de la patología infecciosa del paciente, cuando no, infección nosocomial, con el desarrollo de un fallo multiorgánico que provocó el fallecimiento de la paciente”.*

Esta afirmación que realizan los reclamantes, como todas las anteriores sin prueba alguna, es contradicha por la Inspección Sanitaria que señala a estos efectos que *“según el cultivo de exudado rectal realizado, no se detectaron bacterias resistentes de interés*

epidemiológico, como Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SAMR), Enterococcus resistente a vancomicina (ERV), Escherichia coli productora de BLEE, Pseudomonas aeruginosa ni Acinetobacter spp multirresistentes. Una infección nosocomial se define como aquella que se adquiere durante la estancia hospitalaria y que no estaba presente ni en incubación al ingreso, generalmente manifestándose a partir de las 48 horas de hospitalización. Estas infecciones suelen estar asociadas a microorganismos multirresistentes y a procedimientos invasivos. En este caso el cultivo negativo descarta la presencia de patógenos nosocomiales, y el cuadro séptico se explica por una peritonitis secundaria a perforación intestinal en contexto de isquemia mucosa, como se ha documentado en el informe de anatomía patológica. Por tanto, no puede atribuirse el fallecimiento a una infección hospitalaria adquirida, sino a una complicación quirúrgica grave pero reconocida”.

Añadiendo esta Inspección que hay explicaciones clínicas claras y documentadas que justifican el fallecimiento de la paciente. En este sentido advierte que “el informe de anatomía patológica confirma una isquemia limitada a la mucosa en el segmento ileal resecado, hallazgo que es compatible con una evolución progresiva hacia la perforación intestinal y posterior peritonitis. Este dato es clave para entender que el origen del cuadro séptico no fue una negligencia quirúrgica, sino una complicación vascular grave en una paciente con múltiples factores de riesgo. La evolución hacia shock séptico y fracaso multiorgánico es una consecuencia conocida de la isquemia intestinal avanzada, especialmente cuando se produce necrosis de la pared intestinal y paso de bacterias al torrente sanguíneo. Por tanto, el desenlace fatal no puede atribuirse a una mala praxis, sino a una complicación grave, reconocida y documentada en la literatura médica” que, según señala este informe “fue abordada con los medios adecuados”.

Señalado todo lo anterior, debemos concluir que en ningún caso queda acreditada la antijuridicidad del daño alegado los reclamantes,

más aun teniendo en cuenta el especial valor que esta Comisión Jurídica Asesora atribuye a la opinión de la Inspección Sanitaria tal y como recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en su Sentencia de 24 de mayo de 2022 (recurso 786/2020), según la cual *“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”*.

O más recientemente, la Sentencia del mismo Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 24 de febrero de 2025 (recurso 258/2023): *“se ha tener en consideración el informe de la Inspección Sanitaria que, sin ser propiamente una prueba pericial, constituye un notable elemento de juicio cuya fuerza de convicción proviene de la circunstancia de que los médicos inspectores informan con criterios de profesionalidad e imparcialidad respecto del caso y de las partes (...)”*.

QUINTA.- Por último debemos analizar el defecto de información alegado por los reclamantes que señalan al efecto en su escrito inicial que se ha vulnerado la Ley 41/2002 en cuanto que (i) tratándose de una paciente ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos y agonizando, es imperativa la consulta y el traslado de información a los familiares directos y; (ii) al consentimiento informado, pues no consta que el tratamiento recibido por el paciente tenga ningún tipo de soporte ni haya sido comunicado ni al mismo ni a la familia.

En este sentido debemos advertir en primer lugar lo señalado por la Inspección Sanitaria según la cual *“la acusación de vulneración de la Ley 41/2002 carece de fundamento si existe constancia documental del consentimiento informado quirúrgico. La información a familiares en*

situaciones críticas debe valorarse en función de la urgencia y la disponibilidad clínica, sin que su ausencia implique automáticamente negligencia. Queda constancia en historia clínica que la familia fue informada diligentemente de todo el proceso, complicaciones y la situación crítica, tanto por los cirujanos, como por los intensivistas”.

En efecto, en el expediente remitido consta el consentimiento informado firmado por la paciente el 14 de junio de 2023 en relación con la cirugía que finalmente se llevó a cabo el 28 de junio de 2023 y en que consta expresamente que durante la misma puede haber complicaciones *“que requieran una nueva intervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente, puede producirse la muerte”.*

Así mismo, en el informe del Servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos del HURJC se advierte que *“la familia fue consciente de la gravedad desde el ingreso en Cuidados Intensivos, según consta en la nota de alta, donde claramente se especifica que la familia está informada del mal pronóstico de la paciente”,* añadiendo que *“durante toda la noche se estuvo intentando remontar la situación de shock con todas las medidas que a nivel científico se pueden y deben utilizar para el tratamiento de este. La evolución no fue la deseada, volviéndose a informar a la familia de la situación y del próximo desenlace hacia el fallecimiento que ocurrió horas más tarde”.*

En este sentido, debemos tener en cuenta que tanto esta Comisión Jurídica Asesora, en su Dictamen 410/21, de 7 de septiembre, como, previamente, el Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid (dictamen 305/11, de 8 de junio) consideran que, conforme al artículo 9.2 b) de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando,

cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él. Por lo tanto, dicho artículo permite que no se obtenga el consentimiento informado en los supuestos de urgencia vital, sin que sea indispensable obtener el consentimiento de los familiares, circunstancias que no concurren en el presente caso puesto que como ya ha sido indicado en un supuesto de urgencia vital como el que nos ocupa, la paciente y familiares fueron informados y aceptaron la necesidad de amputación infracondílea. El Tribunal Constitucional, en Sentencia de 28 de marzo de 2011, ha incardinado el consentimiento informado en el derecho fundamental a la integridad física y moral consagrado en el artículo 15 de la Constitución y declara que los supuestos en que se pueda excepcionar la necesidad del previo consentimiento informado deben ser excepcionales, de forma que la situación de riesgo vital a que hace referencia el artículo 9 anteriormente transcrito, es “*un riesgo cualificado con las notas de inmediatez y gravedad*”, circunstancias que, a la vista del expediente examinado, concurren en el presente caso.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no concurrir daño antijurídico derivado de la asistencia sanitaria.

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 11 de febrero de 2026

El presidente de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 82/26

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid