

Dictamen n.º: **85/26**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **19.02.26**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 19 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 por Dña., por el daño moral derivado del fallecimiento de su madre, Dña., que atribuye a una mala praxis por parte de los facultativos del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, de Alcalá de Henares, en la realización de una colonoscopia.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 23 de abril de 2024, la persona mencionada en el encabezamiento presentó un escrito en el registro del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), en el que reclamaba la responsabilidad patrimonial de la Comunidad de Madrid por el fallecimiento de su madre, derivado de un shock distributivo refractario, consecuencia de una peritonitis fecaloidea secundaria, tras la perforación del sigma en la realización de una colonoscopia en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

Según el escrito de reclamación, la paciente acudió el día 6 de abril de 2023 al Servicio de Urgencias del citado hospital por tres episodios de rectorragia franca mezclada con las heces en domicilio, de modo que, tras la estabilización, se le dio el alta, dejando volante para una colonoscopia programada. Se señala que el 25 de abril de 2023 se firmó el documento de consentimiento informado para la realización de una colonoscopia programada, pero que en dicho documento no se especifica el médico que lo firma, ni el número de colegiado.

El escrito relata la evolución clínica posterior de la paciente tras la realización de la colonoscopia, y realiza diversas consideraciones médicas sobre la prueba realizada, las eventuales complicaciones, su diagnóstico y tratamiento, para establecer las siguientes conclusiones:

1.- No se procedió con diligencia en el momento de entregar el documento de consentimiento informado, al no aparecer el nombre del médico ni el número de colegiado que informa a la paciente y a sus familiares de los posibles riesgos del procedimiento de la colonoscopia.

2.- Si bien en el documento de consentimiento informado, dentro de los riesgos, se encuentra la perforación del colon, el diagnóstico y tratamiento precoz de una perforación implican posibilidades de supervivencia mucho más elevadas que las del fallecimiento. Además, el documento de consentimiento informado relativo a la colonoscopia que obra en la historia clínica fue firmado por la paciente el mismo día que se realizó la prueba diagnóstica, por lo que no existió un periodo de reflexión entre la información facilitada en el formulario y la realización de la prueba.

3.- Se resalta que la historia clínica se encuentra incompleta, pues no constan datos ni pruebas diagnósticas de cómo se encontraba la paciente al momento de acordar el alta, de modo que no consta

exploración médica del abdomen después de la colonoscopia ni del período de observación, lo que impide ofrecer una aproximación sobre las posibilidades de supervivencia de la paciente y, por lo tanto, se considera que no se procedió con diligencia.

Se indica que un diagnóstico y tratamiento precoz de una perforación supone unas muy elevadas posibilidades de supervivencia, muy por encima de las de fallecimiento. En consecuencia, se reprocha que esa falta de datos imposibilita determinar un porcentaje de supervivencia, ni siquiera de forma aproximada, que permita valorar de manera objetiva la pérdida de oportunidad. Además, la reclamante afirma que no se realizó ninguna intervención destinada al tratamiento, poniendo en evidencia la falta de pericia médica y causando el fallecimiento por la perforación del sigma en dicho procedimiento.

La interesada reclama una indemnización de 60.000 euros y el escrito de reclamación se acompaña con el certificado de defunción de su familiar (folios 1 a 42 del expediente).

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

La familiar de la reclamante, de 89 años de edad en la fecha de los hechos por los que reclama, con antecedentes médicos de diverticulosis colónica y antiagregación con Adiro, acude el 6 de abril de 2023 al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, por tres episodios de rectorragia franca mezclada con las heces en su domicilio. Objetivada por Enfermería deposición con sangre y coágulos a su llegada al Servicio de Urgencias. Niega dolor abdominal, náuseas o vómitos. Niega dolor torácico o disnea. Refiere astenia. Episodio previo por el que acudió a ese mismo servicio el 6 de febrero de 2022, fecha en que se objetivó sangrado activo por

divertículo en sigma en angioTC. Se realizó colonoscopia, sin hallar punto de sangrado, por lo que se manejó de forma conservadora.

Tensión arterial 148/68, frecuencia cardíaca 80 lpm, saturación 95 % basal. Abdomen no doloroso, blando y depresible. Miembros inferiores sin edemas. Juicio clínico: rectorragia a estudio.

Plan: se pauta sueroterapia, control de tensión arterial y deposiciones.

A las 13:03 horas: se reevalúa a la paciente. Asintomática en ese momento, sin nuevos episodios de rectorragia. Tensión arterial 139/48. Sin anemia (Hb 13.3) ni otras alteraciones relevantes.

Plan: se mantiene tratamiento conservador, a la espera de control analítico a las 18 horas.

A las 20:37 horas: se produce nuevo episodio de rectorragia franca con coágulos sobre las 18:30 horas. Sin nuevos episodios desde entonces. Analítica de control con descenso de un punto de hemoglobina que continúa en rango, pero en probable contexto de hemodilución (Hb 12,3). A pesar de que continúa estable clínica y hemodinámicamente y sin anemia, dado que ha tenido un nuevo episodio de rectorragia, se solicita una analítica de control en 12 horas y se pasa al Área de Observación para verificar que no sufre nuevos episodios de rectorragia. Juicio clínico: rectorragia a estudio.

Se comenta con Cirugía de guardia, que indica solicitar una analítica de control a las 07:00 horas para evaluar posible anemia. Pasará a área quirúrgica. Si hay anemia en la analítica de control, avisar a Cirugía general. Si continúa estable: alta.

Con fecha 8 de abril de 2023, la paciente se encuentra en el Servicio de Urgencias. A las 08:47 horas, en analítica de control, Hb

11.4. No ha realizado nueva deposición con sangre, pero en los últimos tramos continuaba con oscurecimiento de heces. Se comenta con el Servicio de Cirugía para valoración por su parte.

En Cirugía de guardia, avisan para valorar a una mujer de 89 años, con antecedentes descritos, a destacar: cardiopatía isquémica antiagregada con Adiro, y diverticulosis colónica, con episodios previos de rectorragia. La paciente refiere haber presentado episodios de rectorragia franca desde hace 2 días, con coágulos y heces oscuras. Sin otras sintomatologías. Buen estado general. Sin nuevas deposiciones desde el día anterior. Tras estabilización, se da el alta, dejando volante para colonoscopia programada. Diagnóstico principal: rectorragia resuelta espontáneamente.

Con fecha 25 de abril de 2023, se realiza colonoscopia. La paciente aporta el documento de consentimiento informado firmado. Se explora hasta ciego, identificando el orificio apendicular y la válvula ileocecal. En sigma, presenta abundantes divertículos de boca estrecha, siendo la mucosa peridiverticular edematosa, con punteado petequiral disperso, pero sin evidenciar úlceras ni pus, en probable relación con colitis diverticular. En retroflexión rectal, hemorroides externas e internas bien epitelizadas. Diagnóstico: divertículos de sigma, hemorroides internas y externas.

Se ha mantenido estable respiratoria y hemodinámicamente durante la prueba. Sin incidencias. Pasa a Reanimación estable, bajo los efectos de los fármacos anestésicos.

Con fecha 27 de abril de 2023, acude a Urgencias por dolor abdominal. La noche anterior comenzó con aumento del ritmo deposicional, con hasta 5 deposiciones de consistencia disminuida sin sangre, con moco, asociándose desde esa mañana dolor abdominal cólico de predominio hemiabdomen inferior y sensación de distensión

abdominal y de masa centroabdominal. Sin fiebre, sin náuseas ni vómitos. Sin otra clínica.

Se realiza radiografía decúbito: aumento de densidad en lóbulo inferior derecho compatible con infiltrado parenquimatoso en evolución. Llega con mal estado general e inestabilidad hemodinámica, con tensión arterial de 70/30. Juicio clínico: sospecha de perforación intestinal con inestabilidad hemodinámica. Plan: se solicita TAC abdominal y valoración por Cirugía General.

TAC abdomen: informe verbal por parte del radiólogo, donde se evidencia abundante neumoperitoneo y trabeculación de la grasa a nivel de sigma, lo que podría corresponder a perforación diverticular. Se observa en línea media con contenido graso y neumoperitoneo.

Juicio clínico: perforación víscera hueca. Plan: se ajusta tratamiento, dieta absoluta, se indica intervención urgente. Se informa a la paciente y a su familiar de la cirugía y posibles riesgos y complicaciones. Comprende y acepta. Firma el documento de consentimiento informado.

El 28 de abril de 2023, en el Servicio de Medicina Intensiva: postoperatorio de perforación intestinal. Shock. Paciente a la que se realiza colonoscopia programada el 25 de abril tras episodio de rectorragia de 15 días antes. En ella, se objetivan abundantes divertículos de boca estrecha, siendo la mucosa peridiverticular edematosa, con punteado petequiral disperso, pero sin evidenciar úlceras ni pus, en probable relación con colitis diverticular en sigma.

Acude a Urgencias 48 horas después por dolor abdominal, encontrando datos de diverticulitis aguda complicada con colección pélvica y probable perforación en TAC. A su llegada a Urgencias, presenta elevación de proteína C reactiva y procalcitonina, deterioro de la función renal (Cr 1.25 mg/dl) y coagulopatía con INR e 1.3.

Intervenida de forma urgente, se objetiva peritonitis purulenta difusa por diverticulitis perforada en sigma. Realizan sigmoidectomía, lavado de cavidad y colostomía terminal; dejando drenaje tipo Blake en Douglas.

Durante la cirugía, se mantiene hipotensa, precisando expansión con volumen e inicio de efedrina y noradrenalina. Transfundida 1 concentrado de hematíes, pasa a la Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA) extubada, donde se mantiene estable con noradrenalina, con oliguria y deterioro de la función renal, con acidosis metabólica e hiperlactacidemia, y con aparición de insuficiencia respiratoria. Taquicardia en sinusal en monitor, administran bisoprolol para control de frecuencia cardíaca.

Ingresa en la UCI el 28 de abril de 2023 por postoperatorio urgente de peritonitis fecaloidea con necesidad de realización de colostomía terminal. Shock séptico en relación a lo previo con fracaso multiorgánico (hemodinámico, renal con acidosis metabólica hiperlactacidémica, coagulopatía e insuficiencia respiratoria aguda).

En las primeras horas de ingreso, con necesidad de soporte vasoactivo en ascenso, con noradrenalina a dosis máxima de 0,6 mcg/Kg/min para mantener cifras tensionales y aceptable ritmo diurético. Corrección de acidosis metabólica con expansión volumétrica y bolo puntual de bicarbonato. Deterioro de la función renal, con aumento de cifras de creatinina y urea, manteniendo ritmo diurético en torno a 0,5 ml/kg/h.

A pesar del tratamiento, presenta un deterioro progresivo de la mecánica respiratoria, con aumento de requerimientos de oxígeno y empeoramiento de la mecánica respiratoria, con necesidad de inicio de soporte con oxígeno a alto flujo y ventilación mecánica no invasiva, a pesar de lo cual mantiene saturaciones <90%. Episodio de fibrilación

auricular, con respuesta ventricular rápida y repercusión hemodinámica, iniciando tratamiento con Amiodarona en perfusión, persistiendo episodios de fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida.

Dada la situación basal de la paciente (paciente frágil, dependiente para actividades de la vida diaria) y la tórvida evolución de la enfermedad (shock séptico de origen abdominal con fallo multiorgánico), se decide en sesión clínica la no implementación de medidas de escalada terapéutica, explicando dicha situación a la familia, que entiende y acepta. Se retiran medidas instauradas y se optimizan medidas de confort, falleciendo la paciente el día 30 de abril de 2023, a las 06:55 horas. Diagnóstico principal: postoperatorio de peritonitis purulenta difusa por diverticulitis perforada en sigma. Sigmoidectomía tipo Hartman + colostomía terminal.

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

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la madre de la reclamante del Hospital Universitario Príncipe de Asturias (folios 52 a 170).

Asimismo, consta en el procedimiento el informe del Servicio de Medicina Intensiva del centro hospitalario, que, el 24 de mayo de 2024, realiza un análisis de la asistencia sanitaria dispensada a la paciente según los datos de la historia clínica, y refiere que *“una vez desencadenada la respuesta inflamatoria orgánica con distribución de mediadores inflamatorios desde el foco inicial, aún en el caso en que se realice control del foco (en este caso resección de intestino y lavado de cavidad peritoneal) el síndrome de disfunción multiorgánica puede*

evolucionar de manera independiente, llevando como en este caso a un empeoramiento de las funciones orgánicas ...”.

De igual modo, el 29 de mayo de 2024 emite informe el jefe del Servicio de Cirugía General y Digestivo del hospital quien, tras relatar cronológicamente la asistencia dispensada, indica que *“en lo que respecta a la actuación de los cirujanos de guardia de este servicio, entendemos que las atenciones médicas realizadas a la paciente han sido coordinadas. De la secuencia cronológica no se puede inferir que haya existido un retraso diagnóstico o terapéutico, dado que hasta que no se tiene conocimiento concreto de la posible causa de la patología abdominal que presentaba la paciente (momento de realización del TAC abdominal) no se le informa de dicho diagnóstico y es cuando se propone el tratamiento más adecuado para la misma”.*

Se ha incorporado también al expediente el informe del Servicio de Urgencias, emitido el 20 de junio de 2024, en el que se hace constar que *«el estado general de Dña. era malo, con TA 70/30 e impresionaba de gravedad, por lo que se solicita TAC abdominal y se avisa a Cirugía para valoración ante la sospecha de perforación intestinal añadiendo antibiótico y con medidas de nefroprotección. En el TAC se constata "perforación de víscera hueca" y es valorada por Cirugía, que indica intervención urgente ...».*

El Servicio de Aparato Digestivo, por su parte, remite su informe el 5 de junio de 2024, en el que contesta cada una de las alegaciones formuladas por la reclamante y concluye que, *“por lo tanto, las intervenciones necesarias se realizaron acorde a las guías clínicas del manejo de perforación endoscópica del colon, realizando TAC abdominal urgente en el momento que la paciente acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal y surge la sospecha de dicho diagnóstico, como figura en la historia clínica electrónica ...”.*

Finalmente, figura en el procedimiento el informe de 18 de julio de 2025 de la Inspección Sanitaria que, tras analizar la historia clínica de la paciente, los informes emitidos en el curso del procedimiento, así como realizar las oportunas consideraciones médicas, concluye que la asistencia sanitaria prestada por los diferentes servicios del Hospital Universitario Príncipe de Asturias ha sido conforme a la *lex artis*.

Una vez instruido el procedimiento, el 2 de octubre de 2025 se confirió trámite de audiencia a la reclamante, quien presenta escrito el 27 de octubre de 2025, incidiendo en que los factores que incrementan el riesgo de perforación y que no se tuvieron en cuenta son la edad, la realización de una colonoscopia, el sexo femenino y/o antecedentes de diverticulosis. Se reitera que no hubo un período de reflexión coherente, ya que, dadas las circunstancias personales diagnosticadas de la paciente, no fue debidamente informada y, por lo tanto, no era conocedora de que estaba ante una situación personal de riesgo extremo.

Finalmente, el 21 de enero de 2026, se ha formulado la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al considerar que no se ha acreditado la infracción de la *lex artis* en la asistencia sanitaria reprochada.

CUARTO.- El 2 de febrero de 2026 se formuló preceptiva consulta a este órgano consultivo, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el n.º 66/26. La ponencia correspondió al letrado vocal D. Francisco Javier Izquierdo Fabre, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 19 de febrero de 2026.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros, y a solicitud de la consejera de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, se regula en la LPAC 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, conforme a lo dispuesto en el artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la LRJSP, por cuanto sufre el daño moral provocado por el fallecimiento de su familiar.

La legitimación pasiva resulta indiscutible que corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que la atención médica denunciada se prestó por Hospital Universitario Príncipe de Asturias, centro sanitario integrado en la red sanitaria pública madrileña.

En cuanto al plazo para el ejercicio del derecho a reclamar, es de un año contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo (cfr. artículo 67.1 de la LPAC).

En el presente caso, teniendo en cuenta que el fallecimiento de la madre de la reclamante se produjo el día 30 de abril de 2023, no cabe duda que la reclamación interpuesta el 23 de abril de 2024 ha sido formulada en plazo legal.

En cuanto al procedimiento seguido en la tramitación de la reclamación de responsabilidad patrimonial, se observa que en cumplimiento del artículo 81 de la LPAC se ha emitido informe por los diferentes servicios implicados en la asistencia sanitaria reprochada en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Además, se ha incorporado el informe de la Inspección Sanitaria y la historia clínica de la paciente. Tras la instrucción del expediente, se confirió el trámite de audiencia a la interesada, que formuló alegaciones en el sentido ya expuesto y, finalmente, se ha redactado la propuesta de resolución en sentido desestimatorio de la reclamación de responsabilidad planteada.

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

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 106.2 de la Constitución Española y garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos.

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

Para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran alterar dicho nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor, y d) que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid

de 11 de marzo de 2022 (recurso 771/2020), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo,

«El hecho de que la responsabilidad extracontractual de las Administraciones públicas esté configurada como una responsabilidad objetiva no quiere decir, ni dice, que baste con haber ingresado en un centro hospitalario público y ser sometido en el mismo al tratamiento terapéutico que el equipo médico correspondiente haya considerado pertinente, para que haya que indemnizar al paciente si resultare algún daño para él. Antes, al contrario: para que haya obligación de indemnizar es preciso que haya una relación de nexo causal entre la actuación médica y el daño recibido, y que éste sea antijurídico, es decir: “que se trate de un daño que el paciente no tenga el deber de soportar, debiendo entenderse por daño antijurídico, el producido (cuando) no se actuó con la diligencia debida o no se respetó la lex artis ad hoc”.

En consecuencia lo único que resulta exigible a la Administración Sanitaria “... es la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en este tipo de responsabilidad es una indebida aplicación de medios para la obtención de resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente” (STS Sección 6ª Sala C-A, de 7 marzo 2007).

En la mayoría de las ocasiones, la naturaleza jurídica de la obligación de los profesionales de la medicina no es la de obtener en todo caso la recuperación de la salud del enfermo, obligación del resultado, sino una obligación de medios, es decir, se obligan no a curar al enfermo, sino únicamente a dispensarle las

atenciones requeridas, según el estado de la ciencia (SSTS de 4 de febrero y 10 de julio de 2002 y de 10 de abril de 2003).

En definitiva, el título de imputación de la responsabilidad patrimonial por los daños o perjuicios generados por el funcionamiento normal o anormal de los servicios de asistencia sanitaria, no consiste sólo en la actividad generadora del riesgo, sino que radica singularmente en el carácter inadecuado de la prestación médica llevada a cabo, que puede producirse por el incumplimiento de la lex artis o por defecto, insuficiencia o falta del servicio.

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

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

CUARTA.- Aplicada la anterior doctrina al presente caso, resulta acreditado 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.

En este caso, como hemos visto en los antecedentes, la reclamante reprocha el supuesto retraso en el diagnóstico y tratamiento precoz de la perforación intestinal sufrida por su familiar tras la realización de una colonoscopia. En este sentido, alude a la falta en la historia clínica de datos y de pruebas diagnósticas, como una exploración médica del abdomen después de la colonoscopia, lo que ha originado una pérdida de oportunidad para su madre, al limitar sus posibilidades de supervivencia.

Además, se reprocha también en el escrito de reclamación, en relación con el documento de consentimiento informado entregado antes de la prueba, que no aparece reflejado el nombre ni el número de colegiado del médico informante, y que fue firmado por la paciente el mismo día que se realizó la prueba diagnóstica, por lo que no tuvo un periodo de reflexión antes de la realización de la prueba.

Centrado el objeto de la reclamación en los términos expuestos, vamos a analizar los reproches enunciados, partiendo de lo que constituye la regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido se ha pronunciado, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 8 de abril de 2022 (recurso 1079/2019), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo. Además, como añade la citada sentencia, *“las alegaciones sobre negligencia médica deben*

acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica”.

En este caso, la reclamante no ha aportado al procedimiento ninguna prueba que acredite que la asistencia sanitaria no fue conforme a la *lex artis*, sin que sirvan a tal efecto las afirmaciones contenidas en el escrito de reclamación, sin sustento probatorio alguno. Por el contrario, los informes médicos que obran en el expediente, contrastados con la historia clínica examinada, descartan la mala praxis denunciada. En particular, la Inspección Sanitaria, tras analizar todo el proceso asistencial ha considerado que la asistencia sanitaria fue la adecuada de acuerdo a la *lex artis*.

En este punto, cabe recordar el especial valor que esta Comisión Jurídica Asesora atribuye a la opinión de la Inspección Sanitaria, pues, tal y como recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, así su Sentencia de 24 de mayo de 2022 (recurso 786/2020), *“sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen también un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del Médico Inspector, y de la coherencia y motivación de su informe”.*

Al respecto de la complicación sufrida por la madre de la reclamante, el Servicio de Aparato Digestivo del centro hospitalario explica que *“según se reporta en la literatura médica, se calcula que solamente el 45-60% de las perforaciones endoscópicas del colon son detectadas mientras realiza la prueba (1,3), siendo el resto diagnosticadas de forma diferida. En un estudio retrospectivo a 10 años (4), 68% de las perforaciones colonoscópicas iatrogénicas se detectaron*

el mismo día de la colonoscopia, 23% se diagnosticaron 1 o 2 días después de la colonoscopia, y un 9% al menos 2 semanas posteriores al procedimiento”.

En el mismo sentido se pronuncia la Inspección Sanitaria, para quien el sitio más frecuente de perforación es el rectosigma *“ya que este segmento es vulnerable a la lesión debido a la disposición en ángulo agudo en la unión rectosigmoidea o en la unión del sigma con el colon descendente. Asimismo, la diverticulosis que frecuentemente afecta a este segmento intestinal, hace que la capa muscular de la pared pueda estar adelgazada debido a procesos inflamatorios previos (diverticulitis). Los síntomas iniciales incluyen dolor abdominal persistente y distensión abdominal”.*

La reclamante reprocha, como decimos, que no consta exploración médica del abdomen después de la colonoscopia ni del tiempo de observación, pero la Inspección Sanitaria se pronuncia de manera rotunda al respecto y afirma que *«sí que consta la evolución y la valoración de la paciente tras la realización de la colonoscopia. El alta se emitió tras comprobar que “no refería dolor abdominal” y se encontraba bien, además la paciente se encontraba acompañada. Al encontrarse en ese momento asintomática, no era preceptivo aplicar ninguna medida de tratamiento».*

No es hasta el 27 de abril de 2023, dos días después de la prueba, cuando la paciente acude de nuevo a Urgencias por dolor abdominal, presentando febrícula e hipotensión. En dicha fecha, se realiza TAC urgente y, ante los resultados, la paciente es valorada por Cirugía y se decide intervención quirúrgica urgente.

En este sentido, no resulta ocioso recordar que, como ya indicamos, entre otros, en los dictámenes 171/19, de 22 de abril y 87/20, de 27 de febrero, es evidente que el diagnóstico clínico es un proceso sumamente complejo, que se realiza en función de los

síntomas que presenta cada paciente y de la manifestación de los mismos, que permiten al facultativo decidir la realización de pruebas diagnósticas que, a su vez, perfilan el diagnóstico final.

Por ello, la Inspección Sanitaria concluye que *“no existió retraso diagnóstico o terapéutico, toda vez que cuando la paciente acudió al Servicio de Urgencias (48 horas después de haberse realizado la colonoscopia) con sintomatología de dolor abdominal, se realizó TAC abdominal urgente y se propuso a la paciente el tratamiento más adecuado según se refleja en la evidencia científica consultada”*.

La reclamante también reprocha que en el documento de consentimiento informado entregado antes de la prueba no aparece reflejado el nombre ni el número de colegiado del médico informante, y que fue firmado por la paciente el mismo día que se realizó la prueba diagnóstica, por lo que no tuvo un periodo de reflexión antes de la realización de la prueba.

Respecto a los supuestos defectos formales del documento, cabe señalar que, a diferencia de la importancia de la firma del paciente o de su representante legal, si en el documento de consentimiento informado no consta la fecha o firma del facultativo sólo puede considerarse un mero defecto de forma que no elimina lo realmente importante, esto es, si el paciente fue debidamente informado de la actuación médica, sus riesgos y alternativas. En tal sentido se pronuncia la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, sede Valladolid, 1278/2019, de 30 de octubre, cuando afirma que *“... no toda infracción del régimen legal aplicable al consentimiento informado es generador de responsabilidad patrimonial, ya que lo relevante es que la persona afectada por la actuación médica de que se trate haya podido conocer los riesgos de la misma (para poder, en su caso, rechazarla o acceder a otras alternativas) y, si bien es cierto que se exige que en determinados supuestos ese consentimiento informado*

obre por escrito, su ausencia no determina sin más la responsabilidad de la Administración, aunque en este caso se invierta la carga de la prueba, de modo que debe ser la Administración quien acredite que ese consentimiento existió. ... La falta de fecha en el impreso que se facilitó a la paciente no nos parece que en este caso tenga relevancia porque, desde luego que desconocemos cuando lo firmó la interesada, pero sí sabemos que lo firmó y cuándo se le entregó, así como cuando lo devolvió ella firmado, sin el cual la CPRE no se hubiese hecho. De la misma manera, la falta de la firma del médico, tampoco es relevante, ya que en todo momento ha habido un servicio y un médico responsable de la paciente. Y es que, si se admite el consentimiento dado de manera verbal en los términos ya dichos, nos parece que con mayor motivo (y a falta de mayor argumentación) debe admitirse un consentimiento escrito en el que únicamente falte la fecha (de cuando lo firmó la persona interesada) y la firma del médico. Por ello, pese a constituir una infracción del régimen aplicable, que desde luego debe evitarse y corregirse, ello no es generador -en este caso y por las razones vistas- de responsabilidad ...”.

En todo caso, tanto el Servicio de Aparato Digestivo del centro hospitalario como la Inspección Sanitaria advierten en sus respectivos informes que la identificación de los facultativos que realizaron la prueba diagnóstica queda documentada al final del informe de la colonoscopia, el cual a su vez está disponible en la historia clínica electrónica.

Por lo que se refiere a la ausencia de un periodo de reflexión antes de la realización de la prueba, es preciso recordar, con carácter previo, lo indicado por esta Comisión Jurídica Asesora en su reciente dictamen 365/25, de 10 de julio, en el que manifestábamos lo siguiente:

“En este sentido, y como ya señalábamos en el dictamen 328/22, de 24 de mayo, la legislación estatal no prevé un plazo para otorgar el consentimiento ni ha sido desarrollada por el legislador autonómico madrileño, y si bien, cabe considerar que en algunos supuestos debe darse un periodo razonable de reflexión para poder ejercer libremente su derecho a decidir, este puede variar según el tipo de intervención y las circunstancias.

No hay ninguna norma jurídica que exija que la información asistencial se proporcione en un momento determinado ni que el consentimiento informado se firme con una determinada antelación. Cabe citar, como ejemplo, la regulación aislada que realiza la Comunidad Valenciana en su normativa (que no nos afecta obviamente) y el Real Decreto 2070/1999, de 30 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención y utilización clínica de órganos humanos y la coordinación territorial en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos que establece el donante deberá otorgar por escrito su consentimiento expreso ante el juez encargado del Registro Civil de la localidad de que se trate, tras las explicaciones del médico y que entre la firma del documento de cesión del órgano y la extracción del mismo deberán transcurrir al menos veinticuatro horas. Esta norma, que sí resulta de aplicación en el ámbito autonómico, lo será exclusivamente para el supuesto previsto”.

En el presente caso, cabe cuestionar que la paciente careciera de un adecuado período de reflexión cuando, tal y como refieren los informes obrantes en el expediente, tratándose en este caso de una colonoscopia diagnóstica programada, se le entregó a la paciente en el propio Servicio de Urgencias, junto con el documento de consentimiento informado, la hoja de preparación para dicha prueba y, además, como recuerda el Servicio de Aparato Digestivo, “la

colonoscopia que es objeto de la reclamación es la sexta que se realizaba ... constando en su historia clínica electrónica la realización de varias colonoscopias a lo largo de los años (2010, 2015, 2017, 2017, 2022), por lo que la prueba y sus riesgos inherentes deberían ser conocidos”.

Al respecto, cabe traer a colación lo señalado en la Sentencia de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 13 de diciembre de 2021 (Procedimiento Ordinario 633/2020), cuando, en un caso similar al presente, refiere que “... la perforación intestinal que está en el origen del fallecimiento de doña ... es un riesgo de la colonoscopia, reconocido por los peritos e incluido en el documento de consentimiento informado que firmó la paciente, sin que la circunstancia de haberlo hecho en el mismo día de la prueba avale la tesis de la firma viciada que se sostiene en la demanda, por cuanto que no es razonable pensar que la paciente no dispuso de la información debida ni del necesario tiempo de reflexión cuando años antes ya se había sometido a otra colonoscopia, cuyo consentimiento informado también firmó”.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado infracción de la *lex artis ad hoc* en la asistencia sanitaria reprochada.

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

Madrid, a 19 de febrero de 2026

El presidente de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 85/26

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid