

**Tribunal Superior de Justicia de Madrid**

Sala de lo Contencioso-Administrativo

**Sección Décima**

C/ General Castaños, 1 , Planta 2 - 28004

33009750

NIG: 28.079.00.3-2023/0007018

**Procedimiento Ordinario 71/2023 B**

**Demandante:** D. [REDACTED] y D. [REDACTED]

PROCURADOR Dña. GUADALUPE HERNÁNDEZ GARCÍA

**Demandado:** COMUNIDAD DE MADRID

LETRADO DE COMUNIDAD AUTÓNOMA

SOCIETE HOSPITALIERE D'ASSURANCES MUTUELLES (SHAM) SUCURSAL EN ESPAÑA

PROCURADOR D. ANTONIO RAMÓN RUEDA LÓPEZ

**SENTENCIA N° 601 / 2025**

Presidente:

**Dña. M<sup>a</sup> DEL CAMINO VÁZQUEZ CASTELLANOS**

Magistrados:

**Dña. FRANCISCA ROSAS CARRIÓN**

**D. RAFAEL BOTELLA GARCÍA-LASTRA**

**Dña. GUILLERMINA YANGUAS MONTERO**

En Madrid, a 12 de junio de 2025.

**VISTO** el recurso contencioso administrativo número **71/2023** seguido ante la Sección Décima de la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, interpuesto por D. [REDACTED] y D. [REDACTED] [REDACTED] representados por la Procuradora Dña. Guadalupe Hernández García contra la desestimación, -inicialmente presunta y, posteriormente, expresa- mediante la Orden n° 076/25 de la Viceconsejera de Sanidad de la Comunidad de Madrid por la que se RESEULVE DESESTIMAR la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por D. [REDACTED] y [REDACTED] (fallecimiento de DÑA. [REDACTED]) (RP 11/25 SIPARP 202203012935).



Ha sido parte demandada la COMUNIDAD DE MADRID representada por sus servicios jurídicos y parte CODEMANDADA SOCIETE HOSPITALAIRE ASSURANCES MUTUELLES SUCURSAL EN ESPAÑA (SHAM) representada por el Procurador D. Ramón Rueda López.

### ANTECEDENTES DE HECHO

**PRIMERO.-** Interpuesto el recurso, se reclamó el expediente a la Administración y siguiendo los trámites legales se emplazó a la parte recurrente para que formalizase la demanda, lo que verificó mediante escrito, obrante en autos, en el que hizo alegación de los hechos y fundamentos de Derecho que consideró de aplicación y terminó suplicando que se dicte sentencia por la que se declare la responsabilidad patrimonial de la Administración por los daños producidos condenando a la Administración a pagar la cantidad reclamada en su escrito de demanda.

**SEGUNDO.** - El Letrado de la Comunidad de Madrid en nombre y representación de la Comunidad de Madrid y la parte codemandada, contestaron y se opusieron a la demanda de conformidad con los hechos y fundamentos que se invocaron, terminando por suplicar la desestimación del recurso.

**TERCERO.** - Ha sido Ponente la Ilma. Sra. D<sup>a</sup>. Guillermina Yanguas Montero, quien expresa el parecer de la Sección.

### FUNDAMENTOS DE DERECHO

**PRIMERO.- Objeto del recurso.**

El presente recurso contencioso-administrativo se interpone contra la desestimación - inicialmente presunta y, posteriormente, expresa- mediante la Orden nº 076/25 de la Viceconsejera de Sanidad de la Comunidad de Madrid por la que se RESUELVE



DESESTIMAR la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por D. [REDACTED] y D. [REDACTED] (fallecimiento de DÑA. [REDACTED]) (RP 11/25 SIPARP 202203012935).

## SEGUNDO.- Pretensiones de las partes.

La representación procesal de D. [REDACTED] y D. [REDACTED] solicitan que se condene a la Administración demandada, a indemnizar a los recurrentes en la cantidad de ciento veinte mil novecientos cuarenta y siete euros con treinta y dos céntimos de euro (120.947,32 €), correspondiendo a cada uno de ellos las siguientes cuantías:

- D. [REDACTED]: 99.454,95 €.
- D. [REDACTED]: 21.492,37 €.

Cuantías a las que deberán sumarse los intereses legales devengados desde la fecha de la reclamación (1 de marzo de 2022) y hasta su completo pago. Con imposición de costas.

En su demanda, la parte actora se refiere al expediente administrativo sin foliar, al inicio del proceso asistencial, y al traslado a otro centro hospitalario y al fallecimiento de la paciente, así como a la solicitud de informe de necropsia para determinar el origen del cuadro patológico. Se analiza la instrucción del expediente y a los informes que se han aportado.

Se refiere a la desestimación por silencio administrativo de la reclamación administrativa de responsabilidad patrimonial presentada y al dictamen pericial de valoración de praxis médica de la Dra. Dña. [REDACTED] y al dictamen pericial de valoración del daño corporal de Dr. [REDACTED]. En su demanda, la parte actora se refiere a la concurrencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria y, en concreto a: la incorrecta planificación previa de los fármacos administrar a la paciente y la falta de información en atención a sus circunstancias personales por cuanto que en ningún momento



se explicó a la paciente que la cirugía y posterior recuperación pudiesen verse afectadas por sus circunstancias personales. Considera que se produce por tanto una infracción de la normativa reguladora de esta materia, al no dar al paciente la información competente relativa al propio procedimiento, las alternativas, los riesgos y consecuencias del tratamiento propuesto.

Se invoca la doctrina del daño desproporcionado dado que lejos de las complicaciones recogidas en el consentimiento informado como complicaciones posibles, el desenlace de lo acontecido fue el fallecimiento de D<sup>a</sup> [REDACTED] sin que pueda considerarse dentro de las complicaciones generales al no ser por una causa probable ni ante una circunstancia normal no habiéndose, en su caso, explicado a la paciente cómo le podían afectar sus antecedentes personales o sus conocidas alergias medicamentosas. Se indica, no obstante, que ya ha acreditado por medio de un informe pericial que la causa del fallecimiento de D<sup>ña</sup>. [REDACTED] fue la inadecuada asistencia prestada por parte del personal sanitario, al no haber determinado que el estado en el que se encontraba la misma era consecuencia de los medicamentos administrados, sin haber tenido en cuenta para tal dispensación ni su alteración hepática y de coagulación, ni mucho menos su alergia a diferentes fármacos, a pesar de que por el cuadro sintomatológica de la paciente, era más que evidente.

Se refiere a la cuantificación del daño respecto del esposo de la paciente, por perjuicio personal básico, que se cuantifica en 99.454,95 euros; y respecto de su hijo que se fija en 21.492,37 euros, de lo que resulta un total de 120.947,32 euros.

Tras la ampliación del expediente administrativo con la aportación del informe de la inspección sanitaria, la parte actora presentó escrito en el que insiste en los defectos del consentimiento informado, los múltiples fármacos que se le suministraron y destaca que nada refiere el informe sobre el motivo del fallecimiento de D<sup>a</sup> [REDACTED] y considera que la conclusión del informe de la inspección es claramente parcial e incompleto a la hora de explicar el porqué del fallecimiento de D<sup>a</sup> [REDACTED] por lo que a la vista del informe no queda desacreditada la quiebra de la lex artis en la atención que le fue dispensada.



En su escrito de **conclusiones** la actora afirma que la demandada no ha desvirtuado la pretensión indemnizatoria articulada en la demanda. Formula breves consideraciones cronológica de hechos relevantes y realiza una valoración probatoria. A su juicio, de las pruebas practicadas, han quedado debidamente acreditados los siguientes extremos:

- a) Una incorrecta planificación de una cirugía electiva en paciente con importantes riesgos previos.
- b) Una falta de información sobre los riesgos personales de la cirugía por su patología previa.
- c) La existencia de relación de causalidad entre la deficiente asistencia sanitaria y desenlace fatal como es el fallecimiento de D<sup>a</sup> [REDACTED], que se sometió a una cirugía para paliar sus dolores y limitaciones funcionales de la rodilla resultando finalmente fallecida

En definitiva, afirma que D<sup>a</sup> [REDACTED] se sometió a una cirugía de rodilla pretendiendo mitigar su dolor y mejorar la movilidad, encontrando la muerte porque ante su patología de base que complicaba el tratamiento farmacológico durante la intervención (anestesia) y postoperatorio inmediato (analgesia) no se planificaron alternativas que mitigaran los efectos de los fármacos, y que estos impidieran una descompensación de su cirrosis de base; esta descompensación desencadenó una encefalopatía hepática que, a la postre, sería el origen del resto de desencadenantes e inicio del fatal desenlace. De estos graves riesgos personales NUNCA fue INFORMADA la paciente, a la que de manera ilícita se le privó de la posibilidad de poder adoptar con libertad y pleno conocimiento, sus propias decisiones, lo que constituye una clara violación del derecho de autonomía, siendo que esta vulneración ha determinado, en términos de causalidad, el fatal desenlace.

Sólo de forma subsidiaria y por si este Tribunal no apreciase la falta de diligencia, afirma que el fatal desenlace de la operación sería consecuencia de un daño desproporcionado pues es evidente que en el presente existe una importante disonancia entre el riesgo inicial de la actividad médica (operación de rodilla) y el desenlace (óbito)

Tras la ampliación del expediente la parte actora presentó escrito en el que reitera sus alegaciones y su pretensión indemnizatoria. Considera que no se realizaron las preceptivas



pruebas específicas, cual es el dímero D y se pregunta por qué siendo este parámetro de una pobre especificidad se solicitó, aunque así, fuera al ingreso y por qué siendo un valor muy elevado no se actuó en consecuencia ni se pensó en ver cómo evoluciona durante el ingreso de la paciente. Destaca que no se explica cómo si en TODAS y cada una de las 43 analíticas los parámetros a los que se refieren estaban alterados no conste en la HC una valoración de las mismas en relación con la clínica de la paciente.

Sobre la base del informe de la inspección, se indica que a pesar de los antecedentes de la paciente (que no fueron debidamente tratados a la hora de tomar la decisión sobre la realización de la cirugía o no, vulnerando su derecho a la autonomía) de los valores de laboratorio (a pesar de no contar con el parámetro más específico como era el dímero D) y la clínica de la paciente no fue posible llegar a un diagnóstico de la patología sino de tipo postmortem. En definitiva, y a pesar de que no cree que esto (diagnóstico de la CID) sea lo más determinante en el desenlace del caso reseña que los informes aportados no respaldan que no se actuara con mala praxis.

Tras la aportación al procedimiento de la orden desestimatoria de la reclamación formulada, la parte actora presentó escrito ampliatorio de la demanda en el que insiste en que debe ser reconocido el funcionamiento anormal de la administración por la deficiente asistencia sanitaria y por la relación de causalidad con el fallecimiento. Insiste en la incorrecta planificación de una cirugía electiva en una paciente de alto riesgo. Se refiere a la omisión de información sobre los riesgos de la cirugía y a las incoherencias y debilidades en la resolución desestimatoria.

Señala que no concurre circunstancia alguna de fuerza mayor que pueda operar como causa de exoneración de la responsabilidad de la Administración y se remite a los fundamentos jurídico materiales expuestos en la demanda inicial sobre la concurrencia de responsabilidad patrimonial de la Administración.

La **Comunidad de Madrid** solicita que se dicte sentencia desestimatoria del recurso en los términos alegados, con expresa imposición de costas a la parte demandante.

Tras referirse al régimen jurídico aplicable a la responsabilidad patrimonial, se remite a lo que se resuelva en vía administrativa, en el caso en el que se dictase Resolución en dicha vía



antes del dictado de Sentencia en el presente procedimiento y señala que teniendo en cuenta el contenido del expediente administrativo, se remite al Informe obrante a los folios 63 y siguientes del expediente administrativo, así como a los obrantes a los folios 75 y 76, 77 y siguientes, 85 y 86, y 87 y siguientes del mismo expediente, debiéndose señalar que la actuación que se reprocha es la prestada en el Hospital Universitario Santa Cristina.

En consecuencia, considera que no existe responsabilidad patrimonial, al no haber existido *mala praxis* en ningún momento en la atención sanitaria prestada a la paciente fallecida. En cualquier caso, para el hipotético supuesto de que otra cosa se entendiera, estima excesiva la cantidad solicitada.

Tras la aportación del informe de la inspección, la Comunidad de Madrid presentó alegaciones complementarias en las que reproduce el contenido el informe y señala que no existe responsabilidad patrimonial, al no haber existido *mala praxis* en ningún momento en la atención sanitaria prestada a la paciente fallecida. Afirma que es claro el Informe mencionado al señalar que, a pesar de llevar la paciente años tomando metamizol de forma pautada, no existían registros de episodios previos de posible alergia a dicho medicamento, ni al ibuprofeno (mas allá de una dudosa alergia a dicho medicamento) ni al paracetamol. Recordar que, teniendo en cuenta las reglas de la carga de la prueba, corresponde a la parte demandante probar que los hechos que se alegan de contrario.

La Comunidad de Madrid en su escrito de **conclusiones** da por reproducidos los hechos y fundamentos de derecho del escrito de contestación, ratificando íntegramente los argumentos fácticos y jurídicos que constan en el mismo, así como en el expediente administrativo. La Comunidad de Madrid a la vista de la ampliación del expediente se ratifica en su escrito de contestación a la demanda. Tras la aportación al procedimiento de la orden desestimatoria de la reclamación formulada, la Comunidad de Madrid manifestó su conformidad con la ampliación del procedimiento a la ampliación a la resolución expresa.

Por la entidad **codemandada SHAM** se solicita que se sirva dictar Sentencia por la que se desestimen íntegramente las pretensiones de DON JOSÉ [REDACTED] y DON [REDACTED] [REDACTED] confirmando la desestimación de la reclamación patrimonial por silencio administrativo, con expresa condena en costas a la parte actora.



Alega, como cuestión previa, a la póliza de responsabilidad civil sanitaria suscrita entre el servicio madrileño de salud y SHAM y alega que la obligación indemnizatoria de SHAM en base a la repetida póliza se limita a la suma asegurada de 4.100.00.-E por siniestro, con aplicación de una franquicia por importe de 15.000.-E.

Se refiere a la estancia de Doña [REDACTED] en el Hospital Universitario Santa Cristina y en el hospital Universitario Gregorio Marañón y en los informes médicos que obran en el expediente administrativo y se procede a analizar la praxis médica.

Se reproducen las conclusiones del informe médico de éxitus emitido por el Dr. [REDACTED], del Servicio de Anestesia y Reanimación del Hospital General Universitario Gregorio Marañón y señala que la evolución del paciente desde que ingresó en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón fue desfavorable, sin ser posible filiar el origen del cuadro que presentaba.

Se reproduce el informe emitido por el servicio de cirugía ortopédica y traumatología del Hospital Universitario Santa Cristina, del que se indica que se desprende que de la atención médica postquirúrgica fue diaria y constante, adaptando el tratamiento y medicación pautada a la evolución del paciente, con una estrecha coordinación entre el Servicio de Traumatología, Anestesia y Rehabilitación.

Respecto del informe emitido por el jefe de Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Santa Cristina, se señala que, a la vista de este Informe del Servicio de Medicina Interna, puede concluirse que la pauta de los fármacos se adaptó en todo momento a la evolución y antecedentes clínicos de la paciente.

Finalmente, señala que del informe médico emitido por el Servicio de Anestesia del Hospital universitario Santa Cristina, resulta evidente que evidente que la pauta de medicamentos y fármacos se ajustó a los antecedentes, padecimientos y evolución de la paciente.

Se refiere a la desestimación por silencio administrativo de la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada de contrario y al informe pericial de praxis médica emitido por la Dra. [REDACTED], en el que se distingue entre la actuación médica del Hospital Universitario Santa Cristina 8en el que se analiza la administración de



metamizol, y la administración de fármacos que interactuaban entre sí, y se concluye que el manejo de la paciente y el tratamiento farmacológico dispensado fue impecable y justado a la *lex artis*, adaptándose en cada momento a las necesidades y la evolución del paciente) y del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (*en el que se afirma que el seguimiento fue impecable, adaptando la medicación pautada y las pruebas diagnósticas realizadas, las cuales fueron adecuadas y conforme a la evolución de la paciente y se concluye que la atención en este hospital fue acorde a la lex artis ad hoc*).

Analiza el informe pericial de valoración del daño corporal emitido por el Dr. [REDACTED] [REDACTED] y considera que es a todas luces improcedente la indemnización solicitada.

En su contestación a la demanda, se refiere a los requisitos para la viabilidad de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas, a que la carga de la prueba corresponde a la parte recurrente y considera que la actuación sanitaria de la Administración demandada se ajustó íntegramente a la *lex artis ad hoc* y que no existen en este caso daños antijurídicos, ni relación de causalidad por lo que se defiende la improcedencia de la indemnización que se reclama de contrario. Se indica, finalmente, que la parte recurrente no reclama indemnización por daños morales, por lo que no procede indemnización por un concepto o módulo indemnizatorio que no ha sido solicitado.

Por la codemandada se presentaron alegaciones complementarias y se refiere a las conclusiones que se obtienen del informe emitido por la inspectora médico que descarta la existencia de mala praxis y recoge las siguientes conclusiones:

- La medicación pautada la Sra [REDACTED] fue en todo momento correcta, teniendo en cuenta las alergias y patologías previas de la paciente, su dolor y evolución durante el ingreso.
- Consta sobradamente acreditado que el fármaco metamizol estaba pautado como tratamiento habitual diario de la paciente.
- En definitiva, el seguimiento médico de la paciente tras la operación fue impecable, adaptando la medicación y pruebas médicas a la evolución del paciente.



- No existe relación de causalidad entre la asistencia sanitaria dispensada a la Sra. [REDACTED] y su fallecimiento.

Por todo ello, y a la vista de las conclusiones alcanzadas por la Inspectora médico en su Informe, no cabe más que desestimar íntegramente

La entidad aseguradora codemandada, en su escrito de **conclusiones**, se refiere a los motivos de imputación de responsabilidad patrimonial contra la administración pública demandada y señala que, frente a la tesis mantenida de contrario, con la prueba practicada, ha quedado acreditado que:

1. La anestesia raquídea estaba absolutamente contraindicada en la paciente.
2. Que el metamizol era un medicamento seguro que la Sra. [REDACTED] tenía prescrito de manera crónica y que no es dosis dependiente, esto es, que no depende de la dosis administrada su posible reacción alérgica.
3. Todas las pruebas diagnósticas realizadas en el Hospital Gregorio Marañón fueron las adecuadas sin que el determinante Dímero D hubiera aportado una información añadida a los datos que ya constaban con relación a la paciente.

Afirma que la prueba pericial practicada a instancia de esta parte, ratificada y aclarada en sede judicial, ha desvirtuado la prueba pericial articulada de contrario, y es total y absolutamente coincidente con el Informe de la Inspección Médica de 19 de junio de 2023, por lo que se interesa la íntegra desestimación de la demanda interpuesta de contrario.

Se refiere al valor probatorio del informe pericial de la Dra. [REDACTED] y a su ratificación en sede judicial y señala que la pericial de contrario no permite establecer, con arreglo a las reglas de la lógica y de la sana crítica, que existió mala praxis médica imputable a los servicios públicos de salud por cuanto el fallecimiento de la Sra. [REDACTED] no pudo haberse previsto ni evitado y desde luego se tuvieron en cuenta sus antecedentes de cirrosis hepática y carcinoma mamario. En todo caso, se refiere a la improcedencia de la indemnización que se reclama.



Tras la ampliación del expediente administrativo, la entidad codemandada formuló alegaciones complementarias en las que se analiza la solicitud de la prueba de determinación del dímero D como parámetro de elevada sensibilidad en la presencia de enfermedad tromboembólica y destaca que los informes señalan que esta prueba “no nos descarta nada y no nos da un diagnóstico de coagulación intravascular diseminada.” Se concluye que las pruebas realizadas a la paciente en el Hospital universitario Gregorio Marañón fueron las correctas y conformes a la *lex artis*. Señala que las realizaciones de otras pruebas complementarias no habrían evitado el resultado de fallecimiento y además no habrían aportado datos nuevos a los que ya se tenían por os facultativos que la tratan en ese momento.

Sobre la no valoración de los parámetros que constaban alterados en las analíticas realizadas a la paciente con relación a la clínica que presentó al ingresar en el Hospital Universitario Gregorio Marañón, se remite al Informe del Servicio de Anestesiología y Reanimación del Hospital Gregorio Marañón y concluye que en todo momento se valoró cada uno de los parámetros que pudieran resultar alterados en las analíticas relacionándolos con la clínica y antecedentes de la paciente, por lo que la misma fue tratada desde que llegó al hospital de acuerdo a la buena praxis médica con relación a la patología que presentaba.

Se refiere a la imposibilidad de llegar a un diagnóstico antes del fallecimiento de la paciente y destaca que no puede establecerse como causa aislada del cuadro de microangiopatía trombótica, la CID (coagulación intravascular diseminada) por lo que queda acreditado que la causa fue multifactorial. Concluye que las pruebas realizadas fueron las correctas y conformes a la *lex artis*. Considera acreditado que la paciente firmó los consentimientos informados en los que se le indicaron los riesgos posibles de su intervención, sin que en ningún caso resultara vulnerado su derecho de autonomía.

### **TERCERO.- La responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas: la responsabilidad derivada de la asistencia sanitaria.**

En cuanto a la responsabilidad de las administraciones públicas, hay que resaltar que En cuanto a la responsabilidad de las administraciones públicas, hay que resaltar que con arreglo al artículo 32 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público,



los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos. En todo caso, añade el apartado 2, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas.

El indicado precepto constituye el trasunto legislativo de la previsión contenida al respecto en el artículo 106.2 de la Constitución Española y configura el sistema de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, que tiene como presupuestos o requisitos, conforme a una reiterada jurisprudencia, los siguientes: a) Que el particular sufra una lesión de sus bienes o derechos real, concreta y susceptible de evaluación económica; b) Que la lesión sea antijurídica, en el sentido de que el perjudicado no tenga obligación de soportarla; c) Que la lesión sea imputable a la Administración y consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y d) Que, por tanto, exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, y no sea ésta consecuencia de un caso de fuerza mayor (por todas, STS, Sala 3º, de 10 de octubre de 1998, 14 de abril de 1999 y 7 de febrero de 2006).

Para que sea antijurídico el daño ocasionado a uno o varios particulares por el funcionamiento del servicio basta con que el riesgo inherente a su utilización haya rebasado los límites impuestos por los estándares de seguridad exigibles conforme a la conciencia social. En este caso, no existirá deber alguno del perjudicado de soportar el menoscabo y consiguientemente, la obligación de resarcir el daño o perjuicio causado por la actividad administrativa será a ella imputable. Finalmente es requisito esencial para exigir dicha responsabilidad el que exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, y no sea ésta consecuencia de un caso de fuerza mayor (por todas, STS, Sala 3º, de 10 de octubre de 1998, 14 de abril de 1999 y 7 de febrero de 2006).

Así, una vez acreditado el hecho dañoso debe analizarse si se produce la relación causal, siendo menester destacar que se trata de un concepto que se resiste a ser definido apriorísticamente con carácter general, supuesto que cualquier acontecimiento lesivo se presenta normalmente, no ya como el efecto de una sola causa, sino más bien como resultado



de un complejo de hechos y condiciones que pueden ser autónomos entre sí o dependientes unos de otros, dotados sin duda, en su individualidad, en mayor o menor medida, de un cierto poder causal. El problema se reduce a fijar entonces el hecho o condición que puede ser considerado como relevante por sí mismo para producir el resultado final. La tesis de la causalidad adecuada, comúnmente aceptada, consiste en determinar si la concurrencia del daño era de esperar en la esfera del curso normal de los acontecimientos o si, por el contrario, queda fuera de este posible cálculo, de tal forma que sólo en el primer caso, el resultado se corresponde con la actuación que lo originó, es adecuado a ésta, se encuentra en relación causal con ella y sirve como fundamento del deber de indemnizar. Esta causa adecuada o causa eficiente exige un presupuesto, una *conditio sine qua non*, esto es, un acto o un hecho sin el cual es inconcebible que otro hecho o un evento se considere consecuencia o efecto del primero.

En concreto, en lo que hace a la responsabilidad derivada de asistencia sanitaria, la jurisprudencia ha matizado la aplicación del instituto en dicho ámbito poniendo de manifiesto al respecto, la STS, Sala 3ª, de 10 de mayo de 2005, recurso de casación 6595/2001, en su FJ 4º, que: "...como este Tribunal Supremo tiene dicho en jurisprudencia consolidada -y que, por lo reiterada, excusa la cita- 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.

Un aspecto relevante en materia de responsabilidad médica es la forma en que los tribunales valoran las pruebas practicadas en el procedimiento teniendo en cuenta que nuestro derecho les concede un amplio margen de libertad para valorar el acervo probatorio. La valoración se deja al prudente criterio del juzgador que debe ajustarse en definitiva a las más elementales



directrices de la lógica humana o, como dice el artículo 348 de la LEC, a las reglas de la sana crítica.

Además del dictamen obrante en autos, se erige en elemento probatorio el conjunto de documentos que contienen datos, valoraciones e información de cualquier índole sobre la situación clínica del paciente a lo largo del proceso asistencial y que se recogen en la Historia Clínica, así como los protocolos y las guías médicas. Ha de tenerse en cuenta que, si bien tanto el informe de la Inspección Sanitaria como el resto de los que obran en el expediente administrativo no constituyen prueba pericial en sentido propiamente dicho, 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.

#### **CUARTO.- Hechos relevantes que resultan de las actuaciones.**

Para la resolución de la presente controversia, deben tomarse en consideración los principales antecedentes fácticos que resultan de las actuaciones:

- DÑA. [REDACTED], esposa y madre de los actores, de 66 años de edad en la fecha de los hechos, contaba con antecedentes de alergia a filgastrim y taxol; ibuprofeno, nistatina y sulfametoxazol/trimetopríma (Septrin); patología cardíaca no filiada que precisó tratamiento con Tenormin en el pasado, con hepatitis secundaria al fármaco; hepatopatía crónica en estadio de cirrosis hepática de etiología incierta (antecedentes de ingesta etílica y alteración del metabolismo del hierro), pendiente de filiar la causa, grado A de Child y plaquetopenia leve.
- El 18 de noviembre de 2020, acudió a consulta del Servicio de Traumatología del Hospital Universitario Santa Cristina remitida de lista de espera quirúrgica para ser intervenida de artroplastia total de rodilla. Las pruebas de imagen confirmaron el diagnóstico de artrosis de rodilla avanzada afectando a los 3 compartimentos de



la rodilla y que había provocado una deformidad en valgo. Se informó que el tratamiento quirúrgico era la artroplastia total de rodilla y que se trataba de una cirugía mayor, que precisaba ingreso en unidad de reanimación y varios días de hospitalización, pudiendo precisar de otras medidas tales como transfusión sanguínea. Se informó a la paciente y a su familia de los riesgos y complicaciones, así como los potenciales beneficios y alternativas. La paciente firmó el documento de consentimiento informado.

- El 18 de noviembre de 2020, fue valorada en Hematología. Se trataba de una paciente pluripatológica con trombopenia moderada, asintomática, probablemente asociada a su cirrosis. Se solicita PFA (analizador de función plaquetaria) para valorar la necesidad de transfusión previa a la intervención.
- El 2 de diciembre de 2020, fue valorada en consulta de Preanestesia. Se anotó su medicación habitual: Zaldiar; omeprazol; calcio carbonato; bromazepam; Decloban; Dolocatil; metamizol; sertralina; Hidroferol; Femara; enalapril. Se consignaron las alergias antes referidas y que toleraba paracetamol y Nolotil. Se valoró el riesgo anestésico ASA III: enfermedad sistémica que provoca alteración funcional. Firmó el documento de consentimiento informado de anestesia y para la trasfusión de sangre y/o hemoderivados.
- El 14 de enero de 2021, se realizó la intervención quirúrgica, implantándose prótesis total de rodilla. Según informe anestésico intraoperatorio, la técnica fue de anestesia general en paciente ASA III por enfermedad sistémica que provoca alteración funcional. Se hicieron constar las alergias anteriormente descritas. La paciente permanece estable y se traslada a reanimación en ventilación espontánea sin dolor. Se administra tramadol, Primperan y paracetamol IV. Según consta en las hojas de evolución a las 15 horas, la paciente ingresa en Reanimación muy intranquila, moviéndose continuamente e intentando girarse en la cama, precisando módicos y ansiolisis de corta duración. A las 20:44 horas, el anestesista de guardia, anota que, dada la agitación psicomotriz de la paciente y la ausencia de patología psicológica previa registrada en su historia, se realiza anamnesis a su marido que refiere que últimamente está más nerviosa,



acentuándose la inquietud en la noche. Se informa que podría ser necesario aplicar sujeción química y física, dando el familiar su consentimiento oral.

- El 15 de enero de 2021, la paciente sigue inquieta, se hace interconsulta con Medicina Interna para descartar encefalopatía hepática e interconsulta con Hematología. Se anota que intervenida de prótesis de rodilla el día anterior, se le transfundió en preoperatorio 1 UT de plaquetas. Buena evolución, tiene en ese momento 65.000 plaquetas (valor habitual de la paciente) Hb 10,1, TP 59%. Se pondrá ese día 1 plasma y 1 UT de plaquetas. Se solicita nuevo control para el día 17 de enero, pero no se transfundirán plaquetas si no hay ningún cambio relevante en la evolución clínica de la paciente o menos de 50.000 plaquetas.
- La paciente, en seguimiento de Medicina Interna, ese día, 15 de enero comienza con fiebre de 38° C, a las 13:40 horas se comenta con Anestesia que realiza bloqueo anterior para poder supervisar la perfusión de analgesia pautada (tramadol+metoclopramida). Se deja analgesia pautada con paracetamol y metamizol alternos, vía endovenosa, y revisando historia de alergias no parecía que presentase alergia a antiinflamatorios (si acaso intolerancia a ibuprofeno) por lo que se deja rescate como primera opción Enantyum, y si no mejora se pauta rescate de dosis bajas de morfina. Ha hecho pico febril pero aún le queda una dosis de cefazolina y entra en lo razonable en las primeras 24 horas de la cirugía.

Por la tarde presenta gran inquietud y alteración del nivel de consciencia, se realiza TAC craneal que sale artefactado por la agitación de la paciente, aunque no se evidencia sangrado agudo intra ni extraxial. Se retira tramadol y se administra bromazepam que la paciente toma de forma habitual.

- En los días siguientes, la paciente sigue con agitación, requiriendo ser valorada por el médico de guardia, sospecha de encefalopatía hepática, tendencia a la hipertensión, aunque mejor control del dolor. Se inicia fisioterapia en planta, la paciente sentada en el sillón, bipedestación estable y marcha con andador, aunque le cuesta bastante.



- A las 21:30 horas del día 18 de enero de 2021, se avisa al anestesista de guardia por episodio de agitación y desaturación tras administración de metamizol. Presenta cuadro de agitación y una saturación del 70% a la auscultación sibilancias y crepitantes, y ante la primera sospecha diagnóstica de anafilaxia grave se administra 0.5 mg de adrenalina intramuscular, Urbason 80 mg, Polaramine 1 ampolla y Ventolin en cámara inhalatoria con ligera mejoría de la clínica. Se administra quetiapina 25 mg vía oral. Ante la persistencia del cuadro se realiza Rx de tórax urgente que evidencia infiltrados pulmonares bilaterales con diagnóstico compatible de edema agudo de pulmón, neumonía por aspiración, neumonía SARS-CoV-2 y neumonía de causa desconocida. Como continua con saturaciones del 75-80% e importante trabajo respiratorio, se procede a intubación orotraqueal de secuencia rápida y se conecta a ventilación mecánica, manteniendo saturaciones del 90-92%. Pasa a reanimación y se informa a familiar.

- El 19 de enero de 2021, a las 01:17 horas, dada la gravedad del caso y la necesidad de cuidados de UCI se traslada a la paciente en UVI móvil al Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Cuando la paciente se encontraba en fase de destete que resultó bastante dificultoso por delirio y agitación de difícil control no llegando a conectar nunca con el medio, presentó un nuevo episodio de síndrome de distrés respiratorio grave similar al previo. Se aplicaron las mismas medidas que habían sido efectivas anteriormente y la paciente mejoró respiratoriamente. Se realizó traqueostomía quirúrgica para facilitar el destete y por intubación prolongada.

- El 24 de febrero de 2021, se realizó TAC craneal en el que se objetivó infarto de aspecto subagudo del territorio calcarino y parietooccipital. Además, la paciente sufrió otras complicaciones como fracaso renal oligúrico, síndrome de distrés respiratorio grave, polineuropatía del paciente crítico, bacteriemia, y candidemia asociada a catéter venoso central.
- El 2 de marzo de 2021, se realizó RMN cerebral en la que se apreciaron lesiones isquémicas en diferentes territorios y en diferentes estadios evolutivos, que



planteaban la posibilidad de un mecanismo mixto (hipóxico-isquémico/embólico). Tras este hallazgo que supuso un cambio radical en la evolución de la paciente y que condicionaba sobremanera su evolución, y en vista de que su recuperación funcional a largo plazo iba a resultar imposible, tras debatirse ampliamente en sesión clínica por todo el equipo de Reanimación, se decidió de forma unánime que carecía de sentido continuar con medidas terapéuticas agresivas. Se decidió por ello adecuar el esfuerzo terapéutico para priorizar el confort de la paciente sin avanzar en el soporte terapéutico.

- Finalmente, la paciente falleció a las 19:20 horas del día 4 de marzo de 2021 acompañada de su familia. Se solicitó estudio de necropsia previa autorización por la familia.

El juicio clínico fue exitus por disfunción multiorgánica; insuficiencia respiratoria hipoxémica; neumonía por broncoaspiración; síndrome de distrés respiratorio agudo grave; fracaso renal agudo grave con necesidad de depuración extrarrenal; polineuropatía del paciente crítico; bacteriemia por bacilos gram negativos y candidemia asociada a catéter. Según el informe de exitus del Hospital Gregorio Marañón, durante su estancia en Reanimación la evolución de la paciente resultó desfavorable desde el principio, de una insuficiencia respiratoria a su ingreso hasta un síndrome de distrés respiratorio grave. No se llegó a filiar el origen del cuadro, barajándose como posibilidades diagnósticas embolia grasa, lesión pulmonar tras transfusión (tras interconsulta y estudio por Hematología quedó como altamente improbable) o infecciosa, asociado a insuficiencia cardíaca.

- Mediante escrito presentado el 1 de marzo de 2022 en un registro de la Agencia Tributaria de Madrid, con entrada el 2 marzo de 2022 en el registro del Servicio Madrileño de Salud, [REDACTED] y D. [REDACTED] formularon reclamación patrimonial por los daños y perjuicios sufridos por el fallecimiento de su esposa y madre, **DÑA.** [REDACTED] que atribuyen a la medicación suministrada en el Hospital Universitario Santa Cristina y a la actuación del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, donde fue trasladada



posteriormente la paciente en la que solicitan una indemnización de **150.446,67** euros.

- La Comisión Jurídica Asesora emitió el dictamen 115/24 de 7 de marzo, en el que concluyó que procedía la retroacción del procedimiento para que se emitiera informe por el servicio correspondiente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón en el que se diera contestación a los reproches efectuados por los interesados a la actuación de dicho centro hospitalario en base a lo indicado en el informe pericial aportado por los reclamantes. El 11 de marzo de 2024 se solicita al Hospital Universitario Gregorio Marañón la emisión de Informe del Servicio de Anestesiología y Reanimación. El día 23 de mayo de 2024, el jefe del Servicio de Anestesiología y la jefa de la Sección de la Unidad de Reanimación del Servicio de Anestesia del Hospital General Universitario Gregorio Marañón emiten informe conjunto, del que se da traslado a la Inspección Sanitaria, que emite Informe ampliatorio de con fecha 5 de julio de 2024 en el concluye que *"no existe evidencia de que la actuación por parte del Servicio de Anestesiología y Reanimación del HGUGM haya sido incorrecta o inadecuada a /a lex artis"*.
- Con fecha 27 de enero de 2025, se dicta la Orden nº 076/25 de la Viceconsejera de Sanidad de la Comunidad de Madrid por la que se RESEULVE DESESTIMAR la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por D. [REDACTED] [REDACTED] (fallecimiento de [REDACTED] (RP 11/25 SIPARP 202203012935), que constituye el objeto del presente procedimiento.

#### QUINTO.- Pruebas practicadas.

Obra en las actuaciones el expediente administrativo, conformado por la historia clínica de la actora, así como diversos informes, entre los que cabe destacar el **informe** de la Dra. [REDACTED] [REDACTED], de 26 de abril de 2022 **del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario Santa Cristina**, en el que se realiza un resumen de la intervención que se practicó a la paciente.



En el **informe del Servicio de Medicina Interna sin fechar del Hospital Universitario Santa Cristina** emitido por los Dres. Dña. [REDACTED] y D. [REDACTED], se indica, entre otras cuestiones, que no había “evidencia de que la paciente tenga evidencias de alergias a antiinflamatorios (si acaso intolerancia a ibuprofeno)”.

El **informe del Servicio de Hematología del Hospital Santa Cristina**, de 11 de mayo de 2022 suscrito por la Dra. [REDACTED] indica que “*Durante el tiempo transcurrido, la paciente, según figura en su historia electrónica, no tiene afectación respiratoria aguda hasta 3 días después de la última transfusión, lo que excluye el diagnóstico de lesión pulmonar aguda asociada a transfusión (TRALI) según los criterios establecidos para este diagnóstico*”.

El **informe** de la Dra. Dña. [REDACTED] de 3 de mayo de 2022, **jefe de servicio de anestesia del Hospital Universitario Santa Cristina**, indica que para la pauta de medicación a la paciente se tuvo en cuenta “*los antecedentes médicos de la paciente registrados en la historia clínica, (entre los que destacan alergia a filgastrim taxol, nistatina, trimetoprim sulfametoxazol, alergia a ibuprofeno, hipertensión arterial en tratamiento, cardiopatía no filiada que precisó tratamiento betabloqueante durante un tiempo y cirrosis hepática en fase de inicio o compensada (estadio A de Child))*”, reconociendo incluso que ante los síntomas que presentó la misma, solicitaron autorización a su marido “*para proceder a sujeción química y física*” si precisase. ante el claro empeoramiento de [REDACTED] el día 18 de enero, tras la administración del Metamizol intravenoso, reconoce que se sospechó de “*una reacción anafiláctica*” por lo que “*se toman las medidas necesarias para su recuperación hemodinámica y respiratoria, y se avisa al médico internista de guardia [...] Se traslada a la Unidad de Reanimación al no presentar mejoría, se realiza radiografía de tórax urgente: donde se evidencian infiltrados pulmonares bilaterales, que no estaban en la radiografía de tórax previa (17 de enero del 2021), analítica urgente y ECG*”.

El **informe del Dr. [REDACTED] FEA del Servicio de Reanimación del Hospital General Universitario Gregorio Marañón** reproduce el informe de alta por éxito de la paciente y se refiere como motivo del ingreso “*insuficiencia respiratoria de etiología incierta en PO de artroplastia de rodilla*”.



Obra asimismo en el procedimiento **informe de junio de 2023, de la Inspección Sanitaria** en el que, tras analizar la historia clínica de la familiar de los reclamantes y los informes emitidos en el curso del procedimiento, así como realizar las oportunas consideraciones médicas concluyó que no hay evidencia de que la actuación de los profesionales médicos del Hospital Universitario Santa Cristina hubiera sido incorrecta o inadecuada a la *lex artis*. Tras referirse a los distintos informes que obran en el expediente, el informe concluye lo siguiente:

*“La cirugía de artroplastia total de rodilla fue satisfactoria ya que cursó sin incidencias, teniendo en cuenta que es una cirugía mayor con complicaciones e incluso un riesgo de mortalidad, así como riesgo anestésico ASA III.*

*El postoperatorio de esta cirugía es muy doloroso y requiere de medicación analgésica pautada y supervisada de forma continua, precisando la combinación de diversos fármacos para controlar el dolor.*

*En este caso, la paciente cuando salió de quirófano ya estaba muy agitada, y se consideró su estado como reactivo al dolor y también se pensó se tratase de una encefalopatía hepática, como consecuencia de la cirrosis hepática presentada por la paciente.*

*Cuando se agravó la situación de la paciente, con un cuadro de mayor agitación e insuficiencia respiratoria aguda fue el día 18 de enero, y se relacionó con una posible reacción anafiláctica tras la administración de metamizol, precisando de medicación y ventilación mecánica, al objeto de controlar la situación, precisando ser trasladada a la UCI del H. Gregorio Marañón.*

*Cabe reseñar que la paciente llevaba años tomando metamizol de forma pautada y no quedan registrados episodios previos de posible alergia al metamizol, ibuprofeno y paracetamol, solo una dudosa sospecha a ibuprofeno.*

*A la vista de las actuaciones practicadas, no existe evidencia de que la asistencia sanitaria prestada a D<sup>a</sup> [REDACTED] por los servicios implicados en el*



*proceso asistencial del Hospital Universitario Infanta Cristina haya sido incorrecta o inadecuada a la lex artis”.*

El día 23 de mayo de 2024, **el jefe del Servicio de Anestesiología y la jefa de la Sección de la Unidad de Reanimación del Servicio de Anestesia del Hospital General Universitario Gregorio Marañón** emitieron informe conjunto, del que se da traslado a la **Inspección Sanitaria, que emite Informe ampliatorio** con fecha 5 de julio de 2024 en el concluye que *"no existe evidencia de que la actuación por parte del Servicio de Anestesiología y Reanimación del HGUGM haya sido incorrecta o inadecuada a /a lex artis"*.

Por la parte actora se ha aportado a este procedimiento **dictamen pericial médico legal elaborado por la** [REDACTED] de 4 de diciembre de 2021, especialista en hematología, en el que se recogen los antecedentes, se formulan consideraciones médico-legales, y se alcanzan las siguientes CONCLUSIONES:

*1-La administración de metarnizol, ocasionó la reacción anafiláctica que fue el origen de la desaturación, hipotensión y las complicaciones posteriores. Esta reacción podía haberse sospechado y prevenido ya que, previamente había presentado episodios de desaturación y pitos con dificultad para respirar al administrarse el metamizol.*

*La paciente tenía una historia de alergias a numerosos tratamientos que hacían sospecharla reacción alérgica que ocurrió y desencadenó las complicaciones que condujeron al fallecimiento. Deberían haber realizado pruebas de alergia o utilizar otro analgésico sin reacción cruzada.*

*2-Durante el ingreso en el hospital Santa Cristina se le administraron múltiples fármacos a la vez (algunos de ellos con recomendación de no ser administrados) que habrían provocado las alteraciones neurológicas, incluyendo la inquietud y agitación que presentó la paciente, según consta en la historia y como sugirió la familia,*

*Hay que destacar la asociación de morfina y de tramadol (derivado opiáceo) y que parecen ser los responsables de los episodios de trastornos respiratorios relacionados con el sueño, como la apnea central del sueño (ACS) y la hipoxemia que le ocasionan las bajas*



*saturaciones de oxígeno que presentó la paciente y que disminuían durante el sueño ya que el uso de opioides aumenta el riesgo de ACS en función de la dosis (en este caso se sumaban las de los dos opiáceos).*

*3-Respecto a la actuación del Hospital Gregorio Marañón, no constan en la documentación analizada algunos datos referentes a los análisis realizados y al tratamiento administrado a la paciente y tampoco constan determinaciones de Dímero D, ni análisis de coagulación que hubieran diagnosticado para tratar la CID (coagulación intravascular diseminada), que ocasionó los microtrombos en las diferentes localizaciones (especialmente en corazón y cerebro) y que fueron la causa de las graves complicaciones que ocasionaron el fallecimiento, según se evidenció en la autopsia.*

*Estas actuaciones suponen una mala praxis.”*

La entidad codemandada ha aportado al procedimiento **informe elaborado por la** [REDACTED] [REDACTED], especialista en medicina intensiva, de 4 de julio de 2023, en el que se relatan las fuentes del informe, se resume la historia clínica, se formulan consideraciones médicas, se analiza la práctica médica y se alcanzan las siguientes **CONCLUSIONES GENERALES:**

- 1. La paciente no tiene antecedente descrito de administración de metamizol. Es más, la paciente consume de manera crónica metamizol en domicilio, sin haber presentado reacciones adversas.*
- 2. El tratamiento con metamizol y paracetamol era el más indicado en esta paciente. Evitar opiáceos en medida de lo posible era la mejor opción y el riesgo a la administración de AINES era mayor. Definitivamente fue la opción correcta.*
- 3. La agitación y la desorientación eran esperables y se relacionan con encefalopatía hepática, que se trató de manera correcta en todos los aspectos con mejoría descrita en curso clínico.*
- 4. El rash en el postoperatorio inmediato y los "pitos", tos y desaturación no tuvieron relación con administración de metamizol, por lo que no era esperable una reacción*



*adversa más tarde a este fármaco.*

5. *Existen reacciones adversas a metamizol en pacientes sin antecedentes descritos previos, por lo que el evento ocurrido el 18 de enero a las 21.30 horas fue un evento NO evitable e inesperado, pero que se trató de la mejor manera posible.*
6. *El tratamiento pautado para la encefalopatía hepática fue correcto, consiguiendo controlar definitivamente el proceso hasta el punto de que la paciente paseaba por el pasillo con su marido la tarde del 18 de enero, en buena situación neurológica, consciente y orientada.*
7. *Si bien es cierto que la administración de tramadol y cloruro mórfico pueden empeorar la encefalopatía hepática, era un tratamiento imprescindible para control del dolor que fue de difícil manejo en el postoperatorio inmediato. Se intentó de todas las formas posibles evitar este tipo de fármacos, consiguiendo buen control con metamizol y paracetamol, y bloqueo fémoro-ciático, sin necesidad de más rescates desde el segundo tercer día del postoperatorio.*
8. *Es falso que no se realizaran controles de coagulación y de plaquetas. Existen controles diarios hasta el fallecimiento de la paciente. El estudio del Dímero D no era necesario teniendo en cuenta que el estudio de coagulación era prácticamente normal y similar al basal de la paciente.*
9. *Hablar de CID de manera aislada es inexacto y conduce a error, puesto que la situación de microangiopatía trombótica es absolutamente multifactorial, mediada por la propia disfunción multiorgánica en relación con el shock séptico, la candidemia y la propia patología de base, que se relaciona directamente con trastornos de la coagulación y trastornos hematológicos (pancitopenia).*

Finalmente, se alcanza la siguiente CONCLUSIÓN FINAL:” La asistencia prestada a Dña. [REDACTED], tanto en el Hospital Santa Cristina como en el Hospital Gregorio Marañón se ajustan a la *lex artis*”.

Se ha aportado asimismo en el marco de este procedimiento **informe de valoración del daño** emitido por el Dr. D. [REDACTED] en el que se formulan consideraciones



médico legales, se hace referencia a los resultados obtenidos y al nexo causal y se valora el dado corporal y la indemnización, conforme a los criterios expresados en el dictamen, en el importe de 120.947,32 €.

**SEXTO. - Ausencia de riesgos personalizados en el consentimiento informado y concurrencia de daño desproporcionado.**

A vista de la prueba practicada, procede enjuiciar a continuación los distintos reproches efectuados por los demandantes.

Así, la parte actora denuncia en su demanda, en su escrito de conclusiones y en las alegaciones ampliatorias aportadas a lo largo del procedimiento una **falta de información sobre los riesgos personales de la cirugía por su patología previa**. En sus escritos, se refiere a la omisión de información sobre los riesgos de la cirugía y a las incoherencias y debilidades en la resolución desestimatoria.

Pues bien, debe acogerse la tesis planteada por la parte actora sobre este particular por cuanto que, de lo actuado, debe concluirse que ha sido vulnerado el derecho de información de la [REDACTED] por cuanto que a lo largo de este procedimiento se ha acreditado que las numerosas patologías previas de la paciente condicionaron el resultado de la intervención lo que implica que dicho riesgo personalizado debería haberse advertido en el documento de consentimiento informado que suscribió la [REDACTED] on ocasión de la intervención quirúrgica de implantación de prótesis total de rodilla a la que fue sometida. En efecto, como se recoge en la historia clínica, la [REDACTED] tenía antecedentes de alergia a filgastrim y taxol; ibuprofeno, nistatina y sulfametoxazol/trimetoprima (Septrin); patología cardiaca no filiada que precisó tratamiento con Tenormin en el pasado, con hepatitis secundaria al fármaco; hepatopatía crónica en estadio de cirrosis hepática de etiología incierta (antecedentes de ingesta etílica y alteración del metabolismo del hierro), pendiente de filiar la causa, grado A de Child y plaquetopenia leve.

Si bien es cierto que en el documento consentimiento informado para la prótesis total de rodilla suscrito el 18 de noviembre de 2020 que obra en el expediente administrativo se indica que *“toda intervención quirúrgica, tanto por la técnica operatoria como por la*



*situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, anemia, obesidad, alergia medicamentosa, edad avanzada. Etc) puede producir una serie de complicaciones generales, así como un pequeño porcentaje de mortalidad” esta mención genérica no es suficiente para considerar que se ha advertido a la actora del riesgo personalizado que suponía para ella esta intervención y que debería de haberse recogido en el documento de consentimiento informado. Tampoco lo es la advertencia contenida en el documento relativo a la anestesia que se refiere al “daño neurológico (neuropatías, hematomas abscesos, reacciones meníngeas).”*

Recordemos que el artículo 8.2 de la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, excluye el consentimiento verbal, como regla general, respecto de las intervenciones quirúrgicas, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aquellos procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente. Por lo demás, la jurisprudencia también ha puesto de relieve que el defecto del consentimiento se considera como incumplimiento de la *lex artis* y revela una manifestación de funcionamiento anormal del servicio sanitario, aunque obviamente se requiere que se haya ocasionado un resultado lesivo como consecuencia de actuaciones médicas realizadas sin tal consentimiento informado. En estos supuestos, el principio general de la carga de la prueba sufre una excepción en los casos en que se trata de hechos que prácticamente pueden ser probados por la Administración, que debe demostrar que el paciente ha sido informado de los riesgos reales de la operación y los resultados lesivos verdaderamente previsibles.

En principio la jurisprudencia entiende que la falta de consentimiento no da lugar automáticamente a responsabilidad patrimonial, porque para que así sea, resulta necesaria la producción de un resultado dañoso. Cuando se produce, se causa un daño moral cuya indemnización no depende de que el acto médico en sí mismo se haya acomodado o dejara de acomodarse a la praxis médica, sino de la relación causal existente entre este acto y el resultado dañoso o perjudicial que aqueja al paciente. El incumplimiento de los deberes de información sólo deviene irrelevante y no da, por tanto, derecho a indemnización cuando el resultado dañoso o perjudicial no tiene su causa en el acto médico o asistencia sanitaria (STS de 2 de enero de 2012).



En consecuencia, si se cumple el anterior requisito deben indemnizarse los daños ocasionados por haberse producido el riesgo no previsto. En estos casos, la cuantificación de la indemnización se debe fijar en función de la potencialidad o probabilidad de que el paciente, de haber conocido el riesgo, no se hubiera sometido al tratamiento, debiendo tener en cuenta también otros factores como el estado previo del paciente, el pronóstico y la gravedad del proceso patológico, las alteraciones terapéuticas existentes, la necesidad de la actuación médica y su carácter preferente o no.

En el caso enjuiciado, como se ha indicado, el defecto que se aprecia por la Administración, y que se puede corroborar de la simple lectura del documento de consentimiento informado que obra en el expediente, se refiere a que no se informó a la actora de los riesgos específicos teniendo en cuenta sus patologías previas.

Esta circunstancia determina que proceda reconocer una indemnización por los daños morales derivados de esta circunstancia. El daño derivado de la falta de información constituye una manifestación de funcionamiento anormal del servicio sanitario y un daño moral que afecta al derecho a la autonomía del paciente, que la jurisprudencia califica como incumplimiento de la “*lex artis*”. En este sentido, la sentencia del Tribunal Supremo de 4 de abril de 2000 declaró que “*esta situación de inconsciencia provocada por la falta de información (...) supone por sí misma un daño moral grave, distinto y ajeno al daño corporal derivado de la intervención*”. Por tanto, salvo supuestos excepcionales, entre los que no se halla el de autos, el importe de la indemnización no se equipara a la que correspondería por la reparación del daño material resultante de la asistencia sanitaria, aunque el mismo haya de ser tenido en cuenta junto a otras circunstancias.

En orden a la indemnización del daño moral, la Sentencia del Tribunal Supremo de 23 de marzo de 2011 (rec. 2.302/2009) vino a declarar que ha de tenerse en cuenta que el resarcimiento del daño moral por su carácter afectivo y de “*pretium doloris*”, carece de módulos objetivos, lo que conduce a valorarlo en una cifra razonable que, como señala la jurisprudencia, siempre tendrá un cierto componente subjetivo debiendo ponderarse todas las circunstancias concurrentes en el caso.



Entre ellas, además de la entidad del daño, habrán de ponderarse, a título de ejemplo y según los casos: si la asistencia ha sido necesaria y curativa u opcional y satisfactiva; el estado de salud del paciente antes y después de la asistencia sanitaria; la ausencia completa o la insuficiencia de información o del consentimiento informado; el porcentaje de posibilidad o probabilidad de producción del riesgo o complicación; la entidad de la omisión y la trascendencia práctica del defecto en relación al resultado, o si solo se ha tratado de una vulneración formal del derecho de información, sin relevancia material, lo que es tanto como si los riesgos sobre los que no se informó se produjeron finalmente, o no; la edad en el momento de la operación, actividades, formación y situación familiar del paciente.

Teniendo la doctrina jurisprudencial que permite considerar la obligación pecuniaria de resarcimiento como una deuda de valor, así como lo actuado en este procedimiento, debemos concluir que concurren varias de las precitadas circunstancias, lo que determina que, a juicio de este Tribunal, se deba reconocer el derecho de los actores a ser resarcidos por los daños derivados de la falta de información personalizada proporcionada a la [REDACTED]

Por lo que se refiere a la **asistencia prestada en el Hospital Santa Cristina**, la parte actora denuncia en los distintos escritos que se han presentado a la largo del procedimiento una **incorrecta planificación** de una cirugía electiva en una paciente con importantes riesgos previos y la existencia de relación de causalidad entre la deficiente asistencia sanitaria y el desenlace fatal como es el fallecimiento de la [REDACTED] que se sometió a una cirugía para paliar sus dolores y limitaciones funcionales de la rodilla resultando finalmente fallecida

Tras la resolución expresa alega que debe ser reconocido el funcionamiento anormal de la administración por la deficiente asistencia sanitaria y por la relación de causalidad con el fallecimiento. Insiste en la incorrecta planificación de una cirugía electiva en una paciente de alto riesgo.

Pues bien, no puede acogerse la denuncia relativa a la **incorrecta planificación de la intervención**. Pese a que se trata de una cirugía electiva, con los datos de los que se disponía en el momento que se decidió practicar la intervención, no había razones que la desaconsejaran totalmente. Aunque es cierto que, como se ha indicado anteriormente, se



debió advertir a la paciente de los riesgos específicos que planteaba la intervención, esta circunstancia no determina que no estuviera indicada o que la intervención no estuviera correctamente planificada.

Como se desprende de los informes periciales aportados y, singularmente, del aportado por la codemandada, no puede acogerse tampoco la crítica relativa al **tipo de anestesia** que le fue suministrada a la [REDACTED] en la intervención que le fue practicada en el Hospital Universitario Infanta Cristina, sin que la perito de la parte actora fuera ca [REDACTED] de aclarar cómo influyó la anestesia que le fue suministrada en la situación que se desencadenó posteriormente, y habiéndose descartado, en todo caso, que la embolia pulmonar que sufrió la [REDACTED] tuviera relación alguna con el tipo de anestesia. A lo que se añade que, de lo actuado, debe concluirse que, como indicó la perito que elaboró el informe aportado por la codemandada, la anestesia raquídea estaba contraindicada en la paciente.

Por lo que se refiere a la denuncia relativa a la **incorrección de la analgesia que se le proporcionó** en el Hospital Universitario Santa Cristina y que le pudo provocar la reacción alérgica a la que se hace mención en la historia clínica, y contrariamente a lo defendido por la parte actora, tampoco puede realizarse reproche alguno. Y ello, por cuanto que sobre la base de la información de que se disponía en el momento en el que se practicó la intervención, no podía preverse que la [REDACTED] fuera alérgica al fármaco metamizol, máxime cuando estaba pautado como tratamiento habitual diario de la paciente. La única alergia que le constaba era al “*ibuprofeno, nistatina, sulfametoxazol y trimetoprima*” y no se atribuye a ninguna de estas sustancias la reacción alérgica que pudo haber sufrido.

Tal y como se indica en el Informe de la Inspección “*la paciente llevaba años tomando metamizol de forma pautada y no quedan registrados episodios previos de posible alergia al metamizol, ibuprofeno y paracetamol, solo una dudosa sospecha a ibuprofeno*”. Esta circunstancia determina que no pueda acogerse las denuncias formuladas por la parte actora relativas al tratamiento analgésico pautado a la [REDACTED] que estaba indicado atendiendo a la situación en la que se encontraba.

Por lo que se refiere a la **asistencia recibida Hospital General Universitario Gregorio Marañón**, de lo actuado, y a la vista de las pruebas practicadas, debe concluirse que fue acorde a la *lex artis*. El informe emitido el día 23 de mayo de 2024, por el jefe del Servicio



de Anestesiología y la jefa de la Sección de la Unidad de Reanimación del Servicio de Anestesia de este centro hospitalario, evidencia que durante el tiempo en el que la paciente permaneció ingresada, se realizaron analíticas diarias, un total de 43, que incluían los parámetros que forman parte del protocolo asistencial habitual en la unidad de críticos. En el informe, se justifica debidamente el motivo por el que solo se solicitó la determinación de dímero D el día de su ingreso y se justifican debidamente los motivos por los que no se hicieron más determinaciones. Se explica asimismo que la coagulación intravascular a la que se refiere la perito de la parte actora no es una enfermedad en sí misma si no que es un proceso secundario a un trastorno subyacente que se relaciona con diferentes escenarios clínicos en el entorno de pacientes críticos. Asimismo, se indica que no tiene un tratamiento específico, sino que se basa en abordar la enfermedad causal o precipitante, que fue precisamente los que se hizo en este caso, pese al fatal desenlace, lo que lleva a la Inspección Sanitaria a concluir que no se ha evidenciado que la actuación del Hospital Universitario Gregorio Marañón “*haya sido incorrecta o inadecuada a /a lex artis*”.

Ahora bien, pese a lo anterior, lo cierto es que, de lo actuado, no ha podido alcanzarse una conclusión clara sobre el motivo que provocó la situación médica de la [REDACTED] y que determinó su fallecimiento. En los distintos informes aportados a lo largo de este procedimiento, se hace referencia a que el origen de la patología que desencadenó el desenlace de la madre y esposa de los actores era desconocido. Así, por ejemplo, en el informe anatómico patológico, se indica, como motivo del ingreso “*insuficiencia respiratoria de etiología incierta en PO de artroplastia de rodilla*”. Ante esta situación, lo que debe determinarse es si existe o no relación de causalidad entre la asistencia sanitaria y el desenlace fatal como es el fallecimiento de la [REDACTED]

Pues bien, es cierto que, en materia de responsabilidad sanitaria, la prueba de quien alega haber sufrido un daño por parte de la deficiente asistencia de la administración sanitaria corresponde al demandante. Esta regla general, sin embargo, quiebra en el caso de que nos encontremos ante lo que se conoce como “daño desproporcionado” al que hace referencia la parte actora en su demanda.

La sentencia dictada por el Tribunal Supremo en fecha de 14 de marzo de 2018 (recurso de casación 347/2017) define el daño desproporcionado como el que “tiene lugar en los casos



en que el acto médico produce un resultado anormal e inusualmente grave y desproporcionado en relación con los riesgos que comporta la intervención, en conexión con los padecimientos que se tratan de atender”.

En la sentencia de 6 de abril de 2015 (recurso 1508/2013) se ha declarado que la doctrina del daño desproporcionado o resultado clamoroso se aplica cuando el resultado lesivo no se produce normalmente, o no guarda relación o proporción con entidad de la intervención y no era previsible, sino inesperado e inexplicado por la demandada, pero es inasumible -por su desproporción- ante lo esperable de la intervención, por lo que es antijurídico, de ahí que no quepa apreciar daño desproporcionado cuando el resultado lesivo es un riesgo inherente a la intervención, pero ha habido una errónea ejecución.

Por su parte, la ulterior sentencia del Tribunal Supremo de 19 de mayo de 2016 (recurso 2822/2014) concreta los requisitos del daño desproporcionado en los siguientes términos:

“La doctrina del daño desproporcionado o "resultado clamoroso" significa lo siguiente:

1º Que el resultado dañoso excede de lo previsible y normal, es decir, no guarda relación o proporción atendiendo a la entidad de la intervención médica pues no hay daño desproporcionado, por ejemplo, si el resultado lesivo es un riesgo inherente a la intervención, pero ha habido una errónea ejecución.

2º El daño desproporcionado implica un efecto dañoso inasumible - por su desproporción- ante lo que cabe esperar de la intervención médica; es, por tanto, un resultado inesperado e inexplicado por la demandada.

3º Ante esa quiebra de lo normal, de lo esperable y lo desproporcionado del efecto dañoso, se presume que el daño es causado por una quiebra de la lex artis por parte de la Administración sanitaria, presunción que puede destruir si prueba que la causa está fuera de su ámbito de actuación, es decir, responde a una causa de fuerza mayor.



4º Por tanto, para que no se le atribuya responsabilidad por daño desproporcionado, desde el principio de facilidad y proximidad probatoria la Administración debe asumir esa carga de probar las circunstancias en que se produjo el daño.

5º De no asumir esa carga, la imprevisibilidad o la anormalidad del daño causado atendiendo a la entidad de la intervención médica es lo que hace que sea antijurídico, sin que pueda pretextarse un caso fortuito, excluyente de la responsabilidad por el daño causado”.

Es decir, conforme a jurisprudencia pacífica y consolidada, de la que son exponentes, entre otras, las sentencias del Tribunal Supremo de 9 de marzo, 17 de septiembre, 2 y 12 noviembre y 4 de diciembre de 2012, 4 de junio y 30 de abril de 2013 y 24 de abril de 2018, las reglas generales sobre la carga de la prueba se excepcionan, recayendo sobre la parte demandada la carga de acreditar que la prestación sanitaria se ha acomodado a la “lex artis ad hoc”, en aquellos casos en que el daño del paciente es desproporcionado o clamoroso “ya que éste, por sí mismo, por sí sólo, denota un componente de culpabilidad, como corresponde a la regla “res ipsa loquitur” (la cosa habla por sí misma) de la doctrina anglosajona, a la regla “Anscheinsbeweis” (apariencia de la prueba) de la doctrina alemana y a la regla de la “faute virtuelle” (culpa virtual), que significa que si se produce un resultado dañoso que normalmente no se produce más que cuando media una conducta negligente, responde el que ha ejecutado ésta, a no ser que pruebe cumplidamente que la causa ha estado fuera de su esfera de acción”.

Ahora bien, la inversión de la carga probatoria no se produce automáticamente por la sola presencia de un gravísimo resultado, sino que, además de requerir que exista nexo causal entre la producción de un resultado desproporcionado con la patología inicial del paciente y la esfera de actuación de los servicios sanitarios y que el daño producido no constituya una complicación o riesgo propios de la actuación médica, exige también que no se haya acreditado la causa de la producción de ese resultado, es decir, que la doctrina del daño desproporcionado no es aplicable cuando el resultado puede obedecer a un riesgo o a una complicación inherente al acto médico y/o se pueden explicar los hechos a través de las pruebas practicadas en el proceso, ya que la esencia de la doctrina no está en el hecho “físico” de que el resultado sea desproporcionado a lo que se esperaba (por todas, la sentencia del Tribunal Supremo de 4 de junio de 2013).



Pues bien, en este caso, concurre la existencia de un daño clamoroso, como exige la jurisprudencia, sin que se hayan acreditado los motivos por lo que la [REDACTED] ontrajo las patologías que desencadenaron su fallecimiento.

Lo anterior determina que proceda la concesión de una indemnización total por los daños causados a [REDACTED] or la falta de información personalizada en el consentimiento informado y por el daño desproporcionado que se reconoce que se le ha causado.

Por lo que se refiere a la cuantificación de los daños, considerando las conclusiones de los informes aportados a este procedimiento, y teniendo en cuenta que este Tribunal no se encuentra vinculado por los criterios establecidos en los baremos que se citan, a la vista de lo actuado y de las pruebas practicadas se considera que procede conceder, a tanto alzado, una indemnización que se cuantifica en el importe total de CIEN MIL EUROS (100.000 euros), de los cuales OCHENTA MIL EUROS (80.000 euros) corresponden a [REDACTED], esposo de la [REDACTED] y VEINTE MIL EUROS (20.000 euros) corresponden a D. [REDACTED], hijo de la Sra. [REDACTED]. Dichas cantidades se califican como deuda de valor y se estiman actualizadas a la fecha de la presente sentencia.

Por lo que se refiere a la alegación atinente a la existencia de una franquicia, formulada por la representación procesal de SHAM, debe indicarse que la cuestión de la posibilidad a terceros de las franquicias pactadas en las pólizas de seguro de responsabilidad civil ha sido abordada, entre otras, en la sentencia de la Sala Primera del Tribunal Supremo de 12 de enero 2022, recurso número 4/2019, al declarar:

*“1.- Para seguir un orden lógico en la resolución de las cuestiones planteadas en el motivo de casación, debe analizarse en primer lugar, la alegación relativa a la inmunidad de la acción directa ejercitada en la demanda.*

*En relación con esta inmunidad del tercero, la jurisprudencia se ha planteado el problema de las denominadas excepciones impropias, es decir, las referidas a hechos relacionados con el contenido del contrato de seguro suscrito entre la compañía de seguros y el tomador,*



*que producen daños en un tercero y quedan excluidos en la póliza o no se aseguran con las características con las que se produjo. En una interpretación puramente literal del art. 76 LCS, como la que propugna el recurrente, parecería que estas excepciones tampoco serían oponibles al perjudicado, porque solo se podrían oponer las excepciones personales que tenga la compañía de seguros contra el perjudicado y la negligencia de éste como causa del siniestro. No obstante, esta interpretación ha sido matizada por nuestra jurisprudencia.*

*La sentencia 40/2009, de 23 de abril, reproducida por la sentencia 484/2018, de 11 de septiembre, si bien reconoce que la acción directa es inmune a las excepciones personales que el asegurador puede oponer frente al asegurado, también sostiene que se pueden oponer las denominadas en la sentencia "excepciones impropias", que define como "aquellos hechos impositivos objetivos, que deriven de la ley o de la voluntad de las partes", es decir, [...]"aquellas condiciones establecidas en el contrato y relativas a su contenido, que [el asegurador] podría haber opuesto frente a su asegurado en el caso de que éste fuera quien hubiese reclamado".*

*Según la misma sentencia, estas excepciones son admisibles porque "la acción directa del art. 76 LCS tiene su fundamento en el propio contrato por lo que su contenido puede hacerse valer frente al asegurado y así, en el seguro de responsabilidad civil, la regla general es que la obligación del asegurador viene determinada frente a terceros por la cobertura del asegurado".*

Y la sentencia de pleno 321/2019, de 5 de junio, resumió el estado de la jurisprudencia al declarar:

“La inmunidad de la acción directa a las excepciones que el asegurador tenga contra su asegurado significa que no puede oponer las excepciones personales ni las derivadas de la conducta del asegurado, como por ejemplo el dolo, pero sí las excepciones objetivas, tales como la definición del riesgo, el alcance de la cobertura y, en general, todos los hechos impositivos objetivos que deriven de la ley o de la voluntad de las partes del contrato de seguro ( STS 200/2015, de 17 de abril, con cita de las de 26 de noviembre de 2006, 8 de marzo de 2007 y 23 de abril de 2009).



"En particular, "la delimitación del riesgo efectuada en el contrato resulta oponible [...] al tercero perjudicado, no como una excepción en sentido propio, sino como consecuencia de la ausencia de un hecho constitutivo del derecho de aquel sujeto frente al asegurador. Ese derecho podrá haber nacido frente al asegurado en cuanto causante del daño, pero el asegurador no será responsable, porque su cobertura respecto al asegurado contra el nacimiento de la obligación de indemnizar sólo se extiende a los hechos previstos en el contrato. En tales casos, queda excluida la acción directa, pues el perjudicado no puede alegar un derecho al margen del propio contrato" (STS 730/2018, de 20 de diciembre, que cita las sentencias 1166/2004, de 25 de noviembre; 268/2007, de 8 de marzo; 40/2009, de 23 de abril; 200/2015, de 17 de abril; y 484/2018, de 11 de septiembre)">>.

Se está en el caso de que, con el escrito de contestación a la demanda, SOCIÉTÉ HOSPITALIÈRE D'ASSURANCES MUTUELLES, SUCURSAL EN ESPAÑA aportó la póliza número 163678 concertada con el Servicio Madrileño de Salud, así como la prórroga de la misma.

Entre las condiciones particulares de la Sección II –contrato de aseguramiento del riesgo de responsabilidad patrimonial y civil profesional, según el pliego de Prescripciones Técnicas, - aparece la siguiente cláusula relativa a la franquicia:

“Toda indemnización y gasto que corresponda en un siniestro de la Sección II del presente contrato, se le deducirá la cantidad de 15.000 € o el límite que se adjudique finalmente, que irá a cargo del SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD hasta una franquicia agregada anual de 3.000.000 €.

Consumida esta franquicia máxima anual asumida por el SERMAS el Asegurador indemnizará todo siniestro sin aplicación de franquicia alguna.

Para el cálculo de agotamiento de la franquicia se tendrá en cuenta toda indemnización o gasto abonada por el SERMAS y las reservas constituidas por la Aseguradora.

Trimestralmente se realizará un cálculo provisional y, en definitivo, al finalizar el periodo de seguro anual.



Cada periodo anual del contrato tendrá las cuentas provisionales de ajuste de franquicia y una revisión final al vencimiento del contrato, en los tres meses siguientes”

Por lo tanto, en principio, SOCIÉTÉ HOSPITALIÈRE D’ASSURANCES MUTUELLES, SUCURSAL EN ESPAÑA podría oponer frente a don Eleutherius Michaelides la precitada franquicia general de 15.000.

Pero este no es exactamente el caso, y ello dado que la aplicación de la franquicia está condicionada a que no se haya consumido la franquicia máxima agregada anual de 3.000.000 euros, y la aseguradora nada ha acreditado, ni siquiera alegado, acerca de ese consumo, todo lo cual impide apreciar la excepción material de falta de legitimación pasiva parcial.

En definitiva, por lo razonado, procede **ESTIMAR PARCIALMENTE** el recurso contencioso-administrativo interpuesto y **DECLARAR** la responsabilidad patrimonial de la Administración demandada, y la condenamos solidariamente junto a la aseguradora codemandada a que indemnice a los recurrentes en la cantidad total de **CIEN MIL EUROS (100.000 euros)**, de los cuales OCHENTA MIL EUROS (80.000 euros) corresponden a D. [REDACTED] y VEINTE MIL EUROS (20.000 euros) corresponden a D. [REDACTED]. Dichas cantidades se califican como deuda de valor y se estiman actualizadas a la fecha de la presente sentencia.

#### **SEPTIMO.- Costas.**

Conforme a lo dispuesto en el artículo 139 de la Ley reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, y teniendo en cuenta la estimación parcial del presente recurso contencioso-administrativo, costas procesales a ninguna de las partes.

Por todo lo expuesto, en nombre de S.M. el Rey y en el ejercicio de la potestad que, emanada del pueblo español, nos confiere la Constitución



## FALLAMOS

**PRIMERO.- ESTIMAR PARCIALMENTE** el recurso contencioso-administrativo número **71/2023** seguido ante la Sección Décima de la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, interpuesto por D. [REDACTED] y D. [REDACTED] contra la desestimación inicialmente presunta y, posteriormente expresa mediante la Orden nº 076/25 de la Viceconsejera de Sanidad de la Comunidad de Madrid por la que se RESEULVE DESESTIMAR la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por D. [REDACTED] y D. [REDACTED] (fallecimiento de DÑA. MARÍA [REDACTED] [REDACTED]) (RP 11/25 SIPARP 202203012935), la cual **ANULAMOS y DECLARAMOS la responsabilidad patrimonial de la Administración demandada**, y la condenamos solidariamente, junto a la aseguradora codemandada, a que indemnice a los recurrentes en la cantidad total de **CIEN MIL EUROS (100.000 euros)**, de los cuales, **OCHENTA MIL EUROS (80.000 euros)** corresponden a D. [REDACTED] y **VEINTE MIL EUROS (20.000 euros)** corresponden a D. [REDACTED] Y [REDACTED]. Dichas cantidades se califican como deuda de valor y se estiman actualizadas a la fecha de la presente sentencia.

**SEGUNDO.- NO procede imponer las costas procesales** devengadas en la presente instancia a ninguna de las partes.

La presente sentencia es susceptible de recurso de casación, que deberá prepararse ante esta Sala en el plazo de **treinta días**, contados desde el siguiente al de su notificación, acreditándose en el escrito de preparación del recurso el cumplimiento de los requisitos establecidos en el artículo 89.2 de la Ley de la Jurisdicción Contencioso-administrativa, con justificación del interés casacional objetivo que presente. Previa constitución del depósito previsto en la Disposición Adicional Decimoquinta de la Ley Orgánica del Poder Judicial, bajo apercibimiento de no tener por preparado el recurso.

Dicho depósito habrá de realizarse mediante el ingreso de su importe en la Cuenta de Depósitos y Consignaciones de esta Sección, cuenta-expediente nº 4982-0000-93-0071-23



(Banco de Santander, Sucursal c/ Barquillo nº 49), especificando en el campo **concepto** del documento Resguardo de ingreso que se trata de un “Recurso” 24 Contencioso-Casación (50 euros). Si el ingreso se hace mediante transferencia bancaria, se realizará a la cuenta general nº 0049-3569-92-0005001274 (IBAN ES55-0049-3569 9200 0500 1274) y se consignará el número de cuenta-expediente 4982-0000-93-0071-23 en el campo “Observaciones” o “Concepto de la transferencia” y a continuación, separados por espacios, los demás datos de interés.

Así por esta nuestra sentencia, de la que se llevará testimonio literal a los autos principales, definitivamente juzgando, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.

La difusión del texto de esta resolución a partes no interesadas en el proceso en el que ha sido dictada sólo podrá llevarse a cabo previa disociación de los datos de carácter personal que los mismos contuvieran y con pleno respeto al derecho a la intimidad, a los derechos de las personas que requieran un especial deber de tutela o a la garantía del anonimato de las víctimas o perjudicados, cuando proceda.

Los datos personales incluidos en esta resolución no podrán ser cedidos, ni comunicados con fines contrarios a las leyes.



Este documento es una copia auténtica del documento Sentencia estimatoria en parte firmado electrónicamente por GUILLERMINA YANGUAS MONTERO, M<sup>a</sup> DEL CAMINO VÁZQUEZ CASTELLANOS, FRANCISCA ROSAS CARRION, RAFAEL BOTELLA GARCÍA-LASTRA