

**AL JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA QUE POR TURNO CORRESPONDA  
DEMANDA DE CANTIDAD  
RESPONSABILIDAD EXTRA CONTRACTUAL  
Art 1902 C.C.**

Don JOSÉ MARÍA TORREJÓN SAMPEDRO Procurador de los Tribunales, y de Doña VICTORIA TRICÓN, según acredita mediante resolución de justicia gratuita otorgada al efecto, con la asistencia letrada de Don LUIS DE MIGUEL ORTEGA, ante el Juzgado comparezco y como mejor proceda en Derecho, DIGO:

Que mediante el presente escrito interpongo DEMANDA DE JUICIO DECLARATIVO ORDINARIO en reclamación de cantidad, contra la mercantil HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN FRANCISCO DE ASIS

que se identifica mediante los siguientes datos:

1. Denominación Social: FRANCISCANAS MISIONERAS DE MARÍA
2. Domicilio Social: C/ Joaquín Costa, 28, 28002, Madrid.
3. CIF / NIF: R2800123H.
4. Teléfono: 915617100
5. Correo electrónico: hsfda@hsfda.com
6. Nombre de dominio: <https://www.hsfda.com/>
7. Inscrita en: Registro de Entidades Religiosas con el número 007172.
8. El Hospital, como Centro Sanitario, dispone de inscripción en la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid con el no CH0070.

Y todo ello con base en los siguientes hechos y fundamentos de derecho

-----

## HECHOS

**PRIMERO:** Don Joaquín Chaves Sola acudió a ese hospital el 13 de diciembre de 2021 a las 15:00

horas como paciente cardíopata y síntomas de infarto. Era una persona en una situación grave y de alto riesgo. Fallece en dicho hospital a las 19:30 sin haber recibido atención médica a cargo del responsable del Servicio de Cardiología de dicho hospital el Dr. Asin Cardiel.

**SEGUNDO:** La asistencia médica en este caso tan grave se demoró por más de cuatro horas de manera injustificada por la simple razón de que el paciente sin ningún tipo de síntoma respiratorio, se negaba a hacerse una prueba PCR. Dentro de los derechos del paciente, Don Joaquín se negaba a hacerse la PCR por miedo a un falso positivo, a la indefensión, al aislamiento, a no poder estar acompañado y a no poder tener la asistencia de sus amigos. La PCR suponía para él y supone para muchos ciudadanos la pérdida absoluta de su autonomía y de su capacidad, quedando en manos de las decisiones de terceras personas a las que no tiene la obligación de dar crédito o autoridad sobre su vida. De hecho (1) Le niegan la asistencia si no se hace la PCR, (2) Le niegan el cateterismo si no se hace la PCR. (3) Le amenazan con ir a las autoridades judiciales si no se hace la PCR voluntariamente; (4) Le amenazan con calificarle de paciente COVID si no se hace la PCR; (5) Quisieron evitar el contacto con amigos y familiares retirándole el móvil; (6) Quisieron codificar el fallecimiento como fallecido por COVID.

**TERCERO:** Como saben, la realización de pruebas PCR de manera involuntaria en una persona sin síntomas de enfermedad infectocontagiosa no está soportada por ningún precepto legal. Sin embargo, condicionaron la asistencia médica a una exigencia arbitraria, pudiendo haber incurrido en un ilícito penal de coacciones. La prueba PCR, ni era indicada, ni era necesaria, ni era preceptiva para la atención de urgencia que mi mandante el Sr. Chaves necesitaba para salvar su vida.

**CUARTO:** Durante la estancia en el box de urgencias, se pretendió un consentimiento informado que no cumple con los requisitos de calidad y respeto a los derecho de información clínica que establece la ley. Se le entrega a una persona con un infarto y con dificultades en la visión, un formulario escrito para que firme, sin hacer la más mínima explicación al paciente, sin responder sus dudas e intentando dar apariencia de legalidad a un consentimiento nulo de pleno derecho en el que ni se da información, ni se responden inquietudes, ni se explican riesgos, ni se ofrecen alternativas.

El cateterismo que se le ofrece es indeterminado, pues no se le explica con claridad que como cateterismo diagnóstico caben otras soluciones menos arriesgadas y como cateterismo terapéutico no se le explica con detalle ni los riesgos ni concretamente la intervención a realizar. Hay un vicio de consentimiento y sobretodo una instrumentalización del paciente. Cada Stent tiene un coste de 1.500 euros aproximadamente y podría haber un conflicto de interés en el cardiólogo a través de “transferencias de valor” con la industria distribuidora del material sanitario.

**QUINTO:** Al paciente se le impidió comer y beber. El paciente sufrió sed hasta el momento en el que falleció, consistiendo esta situación en un trato degradante e inhumano. La dieta absoluta no es incompatible con el empleo de sueroterapia que alivie el hambre y la sed, salvo que se desease someter al paciente a una situación de estrés inaguantable con el fin de doblegar su voluntad para dejarse hacer la PCR y el cateterismo en contra de su libre y consciente voluntad. El paciente tuvo que chupar una gasa de algodón para producir suficiente saliva como para aliviar su sed.

**SEXTO:** El paciente sufrió críticas y reproches morales, presiones indebidas e incluso la amenaza de retirarle el móvil por parte del personal bajo la responsabilidad del Cardiólogo Dr. Asin Cardiel. No parece razonable que a un paciente grave, con un infarto se le someta a este nivel de estrés que no puede mas que agravar su situación e incluso llevarle a la muerte. Falleció bajo la responsabilidad del Dr. Asin Cardiel, víctima de un trato displicente y deshonesto del personal de dicho hospital que sin duda es responsable subsidiario.

Observamos después de toda la experiencia vivida, que Don Joaquín fue objeto de un trato inhumano y degradante, sufrió malos tratos, coacciones, trato negligente y abusivo

-----

durante más de cuatro horas de desatención médica y que todo ello terminó con su vida. Don Joaquín era una persona muy enferma y vulnerable, pero también muy querida por muchas personas que están preocupadas porque esta situación no tenga una respuesta justa y personas preocupadas porque esta sistemática negligente se repita en otros muchos casos de personas que no desean someterse a internamientos, exploraciones y tratamientos involuntarios.

**SÉPTIMO:** En el móvil de Don Joaquín queda constancia de lo ocurrido a través de grabaciones que él mismo realizó en el ejercicio legítimo de sus derechos como paciente.

**OCTAVO:** Este letrado que fue apoderado por Don Joaquín antes de acudir al hospital, su pareja, todos sus amigos, así como los miembros de una asociación de consumidores y de un sindicato SOLICITARON que el plazo de una semana, antes del 31 de Diciembre del 2021, la Gerencia del Hospital y el Dr. Asin, emitan un comunicado de disculpa y den las explicaciones debidas de lo ocurrido, con el compromiso de que se establezca un protocolo que impida la discriminación en la atención sanitaria de quienes no pueden, no deben y no quieren hacerse una prueba PCR para recibir asistencia sanitaria. El comunicado deberá ser entregado personalmente a la pareja del fallecido. De no recibir dicho comunicado público antes del 31 de diciembre, emprenderemos las acciones sociales y judiciales que a nuestro derecho convenga hasta la obtención de justicia.

**NOVENO:** De la comunicación de siniestro y de la solicitud de comunicado, no se ha obtenido respuesta alguna.

**DÉCIMO:** Don Joaquín instituyó mediante testamento de epidemia a Doña Victoria Tricón como única heredera y siguiendo la voluntad de Don Joaquín Chaves Sola presenta reclamación por responsabilidad extracontractual.

-----

A los anteriores hechos le son de aplicación los siguientes

## **FUNDAMENTOS DE DERECHO**

**I.- CAPACIDAD DE LAS PARTES:** La ostentan tanto la demandante como los demandados en virtud de lo establecido en los artículos 6 y 7 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

**II.- COMPETENCIA:** Tiene la competencia objetiva y funcional el Juzgado de Primera Instancia , que por turno de reparto corresponda y territorial, puesto que el domicilio del demandante se halla en la localidad de (art. 50 y 52.2 de la LEC).

**III.- PROCEDIMIENTO:** El juicio ordinario por ser una cuantía superior a 6.000 €, según el art. 249y ss. LEC.

**IV.- LEGITIMACIÓN:** La heredera universal de Don Joaquín ostenta la legitimación para interponer esta demanda por cuanto tiene interés directo en el fondo del asunto. El Hospital demandado ostenta la legitimación pasiva por cuanto la atención dispensada es causa del fallecimiento de Don Joaquín.

**V.- CUANTÍA:** Esta parte valora el perjuicio causado en una cantidad de 100.000 euros que incluyen la pérdida física del fallecido y el daño moral en la heredera.

**VI.- COSTAS:** En cuanto a las de la primera instancia de este juicio habrán de imponerse a la parte cuyas pretensiones sean totalmente rechazadas (artículo 394.1 de la Ley de Enjuiciamiento Civil).

## **VII.- FONDO DEL ASUNTO:**

### **PRIMERO: LA RESPONSABILIDAD EXTRA CONTRACTUAL**

-----

La responsabilidad extracontractual es aquella que nace de una relación jurídica entre dos personas que no se encuentran previamente unidas por vínculo contractual alguno, como consecuencia de actos u omisiones no penados por la ley; imputables a una de ellas a título de culpa o negligencia, que producen daños en los derechos personales o patrimoniales de la otra, y que se traducen en el deber de indemnizar los mismos.

El artículo 1089 del Código Civil establece "las obligaciones nacen de la ley, de los contratos, cuasi contratos y de los actos y omisiones ilícitos o en que intervenga cualquier género de culpa o negligencia", se diferencian dos tipos de obligaciones nacidas de culpa o negligencia: las nacidas de delito o falta que se regirán por las disposiciones del Código Penal, y las que derivan de actos u omisiones que no llegan a constituir infracción penal, pero que constituyen un ilícito en que interviene culpa o negligencia, y que pueden incidir en el ámbito de los contratos y que van a generar responsabilidad contractual, o fuera del campo del contrato y que generan una responsabilidad extracontractual, conocida ya desde el Derecho romano como culpa aquiliana.

En este sentido, el artículo 1902 del Código Civil dispone que "El que por acción u omisión causa daño a otro, interviniendo culpa o negligencia, está obligado a reparar el daño causado".

El origen de la normativa se encuentra en la lex Aquilia de damno, de ahí que también se denomine responsabilidad aquiliana, que sometió a reglas uniformes los daños en las cosas por actos inmediatos del autor, y con posterioridad se extendió a los daños en las personas, sustituyendo la venganza por otro mecanismo alternativo, la imposición de una sanción.

En la prestación privada de servicios médicos o sanitarios, se aplican las normas que regulan la prestación de servicios a consumidores (básicamente el Texto refundido de la Ley general para la defensa de los consumidores y usuarios [en adelante, TRLGDCU] y el Código Civil [en adelante, CC]) y el conocimiento de las acciones ejercitadas corresponde al orden jurisdiccional civil.

## **SEGUNDO: RESPONSABILIDAD OBJETIVA. LEX ARTIS**

El legislador español ha optado por el establecimiento de un sistema de responsabilidad civil objetiva -independiente del juicio acerca de la diligencia o negligencia del agente

-----

del daño- tanto en la sanidad pública como en la sanidad privada. En el ámbito de la responsabilidad de las Administraciones Públicas Sanitarias esta afirmación resulta de lo dispuesto en el art. 139.1 de la LRJAP-PAC, que no es sino el necesario trasunto de la previsión constitucional del art. 106.2 CE que, además de ser heredera de la tradición garantista de los derechos de los ciudadanos iniciada con la Ley de Expropiación Forzosa de 1954 y continuada con la LRJAE de 1957, puede considerarse como una manifestación del Welfare State y del Estado social y democrático de Derecho.

### **TERCERO: ESPECIFICIDADES DE LA PRÁCTICA PRIVADA DE LA SANIDAD**

En el ámbito de la sanidad privada, el art. 148.II del TRLGDCU establece expresamente un sistema de responsabilidad civil objetiva para los servicios sanitarios en el marco de una norma cuyo presupuesto es que se trate de servicios que incluyen una garantía de pureza, eficacia o seguridad cuyo mero incumplimiento por el prestador, unido a la causación de un daño al usuario determina la imputación de la responsabilidad civil. La jurisprudencia del TS ha limitado la aplicación del régimen de responsabilidad objetiva que contempla el art. 148.II del TRLGDCU al ámbito de los daños derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios, con exclusión de su aplicación al personal que tiene la condición de profesional sanitario (STS de 5 de enero de 2007 [RJ 2007\552], que proyecta el referido régimen de responsabilidad civil sobre los aspectos funcionales del servicio sanitario y no alcanza a los daños imputables directamente a los actos médicos).

Tradicionalmente en materia de responsabilidad civil de los profesionales sanitarios –y, en particular, del personal facultativo-, los órganos jurisdiccionales civiles han afirmado la aplicación del régimen de responsabilidad civil subjetiva o por culpa que se establece, como regla general del sistema, en el art. 1902 del CC, poniendo especial énfasis en rechazar la aplicación a este ámbito de actividad profesional del expediente de inversión de la carga de la prueba que la Sala de lo Civil del TS, como expediente de objetivización de la responsabilidad civil que viene aplicando en otros ámbitos de actividades generadores de responsabilidad civil, de tal manera que es al paciente perjudicado –o, en su caso, a sus familiares o allegados- a quien incumbe, de conformidad con la regla que prevé el art. 217.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil [en

adelante, LECiv] –sin perjuicio de las imprescindibles matizaciones de esta regla que resulta de la influencia del principio de disponibilidad facilidad probatoria que se consagra en el apartado 7º de aquel mismo precepto de la LECiv-, la carga de la prueba de la concurrencia de todos los elementos de la responsabilidad civil extracontractual (existencia y realidad del daño, antijuridicidad, título de imputación y relación de causalidad) y, entre ellos, señaladamente, la prueba de la culpa o la negligencia profesional en que haya incurrido el profesional –o los profesionales- demandado(s) (Asúa, 2008). Por lo tanto, el actor soportará, en su caso, las consecuencias desfavorables para sus intereses de la falta de prueba de los presupuestos de la responsabilidad civil y, en particular, del criterio de imputación.

#### **CUARTO: CULPABILIDAD**

La culpa que permite imputar a un profesional sanitario –con independencia de su condición de personal facultativo, o no– la responsabilidad civil por un determinado resultado lesivo para el paciente viene representada, obviamente, por una falta de diligencia o de previsión, habiendo sido definida adecuadamente como la infracción por parte del médico de algún deber propio de su profesión y, más concretamente, del deber de actuar con la diligencia objetivamente exigida por la naturaleza del acto médico que se ejecuta, según las circunstancias de las personas, del tiempo y del lugar. La observancia de las reglas que rigen la actuación médica y que conforman su *lex artis* –integrada, en esencia, por los llamados protocolos médicos de actuación– permite, en línea de principio, rechazar la calificación de negligente o imprudente del comportamiento del profesional de la medicina. La llamada *lex artis ad hoc* se erige así como el criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico. En efecto, el concepto de *lex artis* médica se configura como aquel criterio valorativo para calibrar la diligencia exigible en todo acto o tratamiento médico (FD 1º de la STS de 18 de diciembre de 2006 [RJ 2006\9172]). La *lex artis ad hoc* es la forma particular de tratar un caso clínico concreto; sería la aplicación de las reglas y normas de actuación en medicina a un paciente concreto y determinado (la personalización de cada acto médico). De esta manera, se toman en consideración las especiales características del facultativo, de su posible especialización, de la complejidad y trascendencia vital para el paciente y todas las demás circunstancias objetivas y subjetivas concurrentes.

No obstante, hay que reseñar:

1. El ejercicio de esta acción esta dentro del plazo de un año, arts. 1.968,2 en relación con el 1.969.
2. Según el artículo 1.089 del Código civil las obligaciones nacen de la ley, de los contratos y cuasicontratos y de los actos y omisiones ilícitos o en que intervengan cualquier género de culpa o negligencia
3. El que por acción u omisión causa daño a otro interviniendo culpa o negligencia, está obligado a reparar el daño causado (artículo 1.902 del Código Civil).
4. Quedan sujetos a la indemnización de los daños y perjuicios causados los que en cumplimiento de sus obligaciones incurrieren en dolo, negligencia o morosidad, y los que de cualquier modo contravinieren el tenor de aquellas (artículo 1.101 del Código Civil).
5. Cuando la obligación no expresa la diligencia que ha de prestarse en su cumplimiento, se exigirá la que correspondería a un buen padre de familia (artículo 1.104,2 del Código Civil).
6. Los dueños o directores de un establecimiento o empresa son responsables de los perjuicios causados por sus dependientes en el servicio de los ramos o con ocasión de sus funciones (artículo 1.903, 4: del Código Civil).
7. Conforme a reiterada doctrina jurisprudencial que recoge, entre otras, la Sentencia de 11 de febrero de 1.986, los requisitos que tipifican la responsabilidad extracontractual, y que se dan en la conducta de los demandados, son: acción u omisión voluntaria culpable, producción de un daño o perjuicio, y relación de causalidad entre aquella actividad o inacción y el resultado.
8. Según la Sentencia de 20 de Febrero de 1.970, “ya puede decirse consolidada la doctrina jurisprudencial mas moderna, ratificada últimamente por la Sentencia de 20 de Mayo de 1968, según la cual, de acuerdo con el texto del artículo 1.902, todo el que por acción u omisión causa daño a otro, interviniendo culpa o negligencia, esta obligado a reparar el daño causado, por lo que cuando los causantes o culpables sean varios, sobre cada uno de ellos pesara la obligación de reparar íntegramente el daño, sin perjuicio de que en la relación interna entre los mismos la deuda se presuma dividida en tantas partes iguales como deudores

haya, salvo que del texto de la obligación resultare otra cosa, conforme lo preceptúa el artículo 1.138”.

9. Y lo confirma la Sentencia de 7 de Junio de 1.988: “La responsabilidad determinada por el artículo 1.902 del Código Civil es solidaria entre los causantes directos, cuando no se puede establecer, como en este caso, una distinta intensidad en la producción del desenlace ... “.
10. La responsabilidad del empresario (Mutua de Accidentes de Trabajo ...) por actos ilícitos de sus empleados (los doctores ...), se basa en el artículo 1.903 del Código Civil, “responsabilidad que no es subsidiaria sino directa, consistiendo el fundamento de dicha responsabilidad en una presunción de culpa en la elección o en la vigilancia, con independencia de la contraída por el autor material” (S. de 22 de junio de 1.988, entre otras).

**QUINTO: La Lex Artis en el presente caso, ha sido violada sistemáticamente.**

**Legislación relativa a la Lex Artis en relación a la situación singular del paciente.**

**1) Desde el punto de vista deontológico: CÓDIGO DE DEONTOLOGÍA MÉDICA Julio, 2011.**

*Artículo 6.2.- El médico no abandonará a ningún paciente que necesite sus cuidados, ni siquiera en situaciones de catástrofe o epidemia, salvo que fuese obligado a hacerlo por la autoridad competente o exista un riesgo vital inminente e inevitable para su persona.*

*Artículo 8.1.- El médico debe cuidar su actitud, lenguaje, formas, imagen y, en general, su conducta para favorecer la plena confianza del paciente. 2.- La asistencia médica exige una relación plena de entendimiento y confianza entre el médico y el paciente. Ello presupone el respeto del derecho de éste a elegir o cambiar de médico o de centro sanitario. Individualmente los médicos han de facilitar el ejercicio de este derecho e institucionalmente procurarán armonizarlo con las previsiones y necesidades derivadas de la ordenación sanitaria.*

*Artículo 9.1.- El médico respetará las convicciones de sus pacientes y se abstendrá de imponerles las propias. 2.- En el ejercicio de su profesión el médico actuará con corrección y delicadeza, respetando la intimidad de su paciente. 3.- Médico y paciente tienen derecho a la presencia de un*

*acompañante o colaborador cuando el carácter íntimo de la anamnesis o la exploración así lo requieran.*

*Artículo 11 El médico sólo podrá suspender la asistencia a sus pacientes si llegara al convencimiento de que no existe la necesaria confianza hacia él. Lo comunicará al paciente o a sus representantes legales con la debida antelación, y facilitará que otro médico se haga cargo del proceso asistencial, transmitiéndole la información necesaria para preservar la continuidad del tratamiento.*

*Artículo 12.1.- El médico respetará el derecho del paciente a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, sobre las opciones clínicas disponibles. Es un deber del médico respetar el derecho del paciente a estar informado en todas y cada una de las fases del proceso asistencial. Como regla general, la información será la suficiente y necesaria para que el paciente pueda tomar decisiones. 2.- El médico respetará el rechazo del paciente, total o parcial, a una prueba diagnóstica o a un tratamiento. Deberá informarle de manera comprensible y precisa de las consecuencias que puedan derivarse de persistir en su negativa, dejando constancia de ello en la historia clínica. 3.- Si el paciente exigiera del médico un procedimiento que éste, por razones científicas o éticas, juzgase inadecuado o inaceptable, el médico, tras informarle debidamente, quedará dispensado de actuar. 4.- Cuando el médico atienda a una persona en huelga de hambre, le informará sobre las consecuencias del rechazo a la alimentación, así como de su previsible evolución y pronóstico. Respetará la libertad de quienes decidan de forma consciente y libre realizar huelga de hambre, incluidas las personas privadas de libertad, pudiendo acogerse a la objeción de conciencia si fuese obligado a contrariar esta libertad.*

*Artículo 13.1.- Cuando el médico trate a pacientes incapacitados legalmente o que no estén en condiciones de comprender la información, decidir o dar un consentimiento válido, deberá informar a su representante legal o a las personas vinculadas por razones familiares o de hecho. 2.- El médico deberá ser especialmente cuidadoso para que estos pacientes participen en el proceso asistencial en la medida que su capacidad se lo permita. 3.- El médico tomará las decisiones que considere adecuadas cuando se dé una situación de riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del paciente y no sea posible*

conseguir su consentimiento. 4.- El médico debe fomentar y promover la atención integral a los problemas de salud mental evitando estigmatizar al paciente psiquiátrico y la institucionalización permanente como medida terapéutica.

Artículo 14.4.- Cuando los representantes legales tomen una decisión que, a criterio del médico, sea contraria a los intereses del representado, el médico solicitará la intervención judicial.

Artículo 16.1.- La información al paciente no es un acto burocrático sino un acto clínico. Debe ser asumida directamente por el médico responsable del proceso asistencial, tras alcanzar un juicio clínico preciso. 2.- El consentimiento se expresa habitualmente de forma verbal, dejando constancia en la historia clínica. Cuando las medidas propuestas supongan para el paciente un riesgo significativo se obtendrá el consentimiento por escrito.

Artículo 17.1.- El médico deberá asumir las consecuencias negativas de sus actuaciones y errores, ofreciendo una explicación clara, honrada, constructiva y adecuada. 2.- Las quejas de un paciente no deben afectar negativamente a la relación médico paciente ni a la calidad de la asistencia que se le preste.

Artículo 21.1.- El médico tiene el deber de prestar a todos los pacientes una atención médica de calidad humana y científica. 2.- Las exploraciones complementarias no deben practicarse de manera rutinaria, indiscriminada o abusiva. La medicina defensiva es contraria a la ética médica. 3.- El tiempo necesario para cada acto médico debe ser fijado por el criterio profesional del médico, teniendo en cuenta las necesidades individuales de cada paciente y la obligación de procurar la mayor eficacia y eficiencia en su trabajo.

Artículo 60.1.- El médico jamás debe participar, secundar o admitir actos de tortura o de malos tratos, cualesquiera que sean los argumentos invocados para ello. Está obligado, por el contrario, a denunciarlos a la autoridad competente. 2.- El médico no participará en ninguna actividad que signifique una manipulación de la mente o de la conciencia.

DISPOSICIONES FINALES. 2.- El médico que actuara amparado por las Leyes del Estado no podrá ser sancionado deontológicamente.

**RESOLUCIÓN N° 32/89: POR LA QUE SE APRUEBAN LAS NORMAS DEONTOLÓGICAS QUE ORDENAN EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA DE ESPAÑA CON CARÁCTER OBLIGATORIO**

*Artículo 4 La Enfermera/o reconoce que la libertad y la igualdad en dignidad y derecho son valores compartidos por todos los seres humanos que se hallan garantizados por la Constitución Española y Declaración Universal de Derechos Humanos. Por ello, la Enfermera/o está obligada/o tratar con el mismo respeto a todos, sin distinción de raza, sexo, edad, religión, nacionalidad, opinión política, condición social o estado de salud.*

*Artículo 5 Consecuentemente las Enfermeras/os deben proteger al paciente, mientras esté a su cuidado, de posibles tratos humillantes, degradantes, o de cualquier otro tipo de afrentas a su dignidad personal.*

*Artículo 6 En ejercicio de sus funciones, las Enfermeras/os están obligados a respetar la libertad del paciente, a elegir y controlar la atención que se le presta.*

*Artículo 7 El consentimiento del paciente, en el ejercicio libre de la profesión, ha de ser obtenido siempre, con carácter previo, ante cualquier intervención de la Enfermera/o. Y lo harán en reconocimiento del derecho moral que cada persona tiene a participar de forma libre, y válidamente manifestada sobre la atención que se le preste.*

*Artículo 8 Cuando el enfermo no esté en condiciones físicas y psíquicas de prestar su consentimiento, la Enfermera/o tendrá que buscarlo a través de los familiares o allegados a éste.*

*Artículo 9 La Enfermera/o nunca empleará ni consentirá que otros lo empleen, medidas de fuerza física o moral para obtener el consentimiento del paciente. En caso de ocurrir así, deberá ponerlo en conocimiento de las autoridades sanitarias, y del Colegio Profesional respectivo con la mayor urgencia posible.*

*Artículo 10 Es responsabilidad de la enfermera/o mantener informado al enfermo, tanto en el ejercicio libre de su profesión como cuando ésta se ejerce en las instituciones sanitarias, empleando un lenguaje claro y adecuado a la capacidad de comprensión del mismo.*

*Artículo 13 Si la Enfermera/o es consciente que el paciente no está preparado para recibir la información pertinente y requerida, deberá dirigirse a los familiares o allegados del mismo.*

*Artículo 14 Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la seguridad de su persona y a la protección de la salud. Nadie puede ser objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, en su familia o su domicilio. #*

*Artículo 15 La Enfermera/o garantizará y llevará a cabo un tratamiento correcto y adecuado a todas las personas que lo necesiten, independientemente de cuál pueda ser su padecimiento, edad o circunstancia de dichas personas.*

*Artículo 16 En su comportamiento profesional, la Enfermera/o tendrá presente que la vida es un derecho fundamental de ser humano y por tanto deberá evitar realizar acciones conducentes a su menoscabo o que conduzcan a su destrucción.*

*Artículo 49 Ninguna Enfermera/o podrá participar en cualquier forma de tortura y métodos que permitan someter a sesiones de sufrimiento a cualquier ser humano.*

*Artículo 52 La Enfermera/o ejercerá su profesión con respeto a la dignidad humana y la singularidad de cada paciente sin hacer distinción alguna por razones de situación social, económica, características personales o naturaleza del problema de salud que le aqueje. Administrará sus cuidados en función exclusivamente de las necesidades de sus pacientes.*

*Artículo 53 La Enfermera/o tendrá como responsabilidad primordial profesional la salvaguarda de los Derechos Humanos, orientando su atención hacia las personas que requieran sus cuidados.*

*Artículo 54 La Enfermera/o debe adoptar las medidas necesarias para proteger al paciente cuando los cuidados que se le presten sean o puedan ser amenazados por cualquier persona.*

*Artículo 55 La Enfermera/o tiene la obligación de defender los derechos del paciente ante malos tratos físicos o mentales, y se opondrá por igual a que se le someta a tratamientos fútiles o a que se le niegue la asistencia.*

*Artículo 61 La Enfermera/o está obligada a denunciar cuantas actitudes negativas observe hacia el paciente, en cualquiera de los miembros del equipo de*

salud. No puede hacerse cómplice de personas que descuidan deliberada y culpablemente sus deberes profesionales.

**2) Desde la bioética. Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997.**

Artículo 2. *Primacía del ser humano. El interés y el bienestar del ser humano deberán prevalecer sobre el interés exclusivo de la sociedad o de la ciencia.*

Artículo 5. *Regla general. Una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento. Dicha persona deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sobre sus riesgos y consecuencias. En cualquier momento la persona afectada podrá retirar libremente su consentimiento.*

Artículo 6. *Protección de las personas que no tengan capacidad para expresar su consentimiento. 3. Cuando, según la ley, una persona mayor de edad no tenga capacidad, a causa de una disfunción mental, una enfermedad o un motivo similar, para expresar su consentimiento para una intervención, ésta no podrá efectuarse sin la autorización de su representante, una autoridad o una persona o institución designada por la Ley. 4. El representante, la autoridad, persona o institución indicados en los apartados 2 y 3, recibirán, en iguales condiciones, la información a que se refiere el artículo 5. 5. La autorización indicada en los apartados 2 y 3 podrá ser retirada, en cualquier momento, en interés de la persona afectada. La persona afectada deberá intervenir, en la medida de lo posible, en el procedimiento de autorización.*

Artículo 26. *Restricciones al ejercicio de los derechos. 1. El ejercicio de los derechos y las disposiciones de protección contenidos en el presente Convenio no podrán ser objeto de otras restricciones que las que, previstas por la ley, constituyan medidas necesarias, en una sociedad democrática, para la seguridad pública, la prevención de las infracciones penales, la protección de la salud pública o la protección de los derechos y libertades de las demás personas.*

*Artículo 27. Protección más amplia. Ninguna de las disposiciones del presente Convenio deberá interpretarse en el sentido de que limite o atente contra la facultad de cada Parte para conceder una protección más amplia con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina que la prevista por el presente Convenio.*

**3) Desde la Ley de derechos del paciente. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.**

*Artículo 2. Principios básicos. 1. La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica. 2. Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley. 3. El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles. 4. Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito. 5. Los pacientes o usuarios tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como el de colaborar en su obtención, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria. 6. Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente. 7. La persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida.*

*Artículo 4. Derecho a la información asistencial.*

*1. Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que*

*se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.2. La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad. 3. El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle.*

*Artículo 5. Titular del derecho a la información asistencial. 1. El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita. 2. El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal. 3. Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho. 4. El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Se entenderá por necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave. Llegado este caso, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.*

*Artículo 6. Derecho a la información epidemiológica. Los ciudadanos tienen derecho a conocer los problemas sanitarios de la colectividad cuando impliquen un riesgo para la salud pública o para su salud individual, y el derecho a que esta información se difunda en términos verdaderos, comprensibles y adecuados para la protección de la salud, de acuerdo con lo establecido por la Ley.*

*Artículo 8. Consentimiento informado. 1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso. 2. El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente. 3. El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior de este artículo, dejando a salvo la posibilidad de incorporar anejos y otros datos de carácter general, y tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos.*

*Artículo 9. Límites del consentimiento informado y consentimiento por representación.*

*2. Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos: a) Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas. b) Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él. 3. Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos: a) Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho. b) Cuando el paciente tenga la capacidad modificada judicialmente y así conste en la sentencia. 6. En los casos en los que el consentimiento haya de otorgarlo el representante legal o las personas vinculadas por razones familiares*

*o de hecho en cualquiera de los supuestos descritos en los apartados 3 a 5, la decisión deberá adoptarse atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o salud del paciente. Aquellas decisiones que sean contrarias a dichos intereses deberán ponerse en conocimiento de la autoridad judicial, directamente o a través del Ministerio Fiscal, para que adopte la resolución correspondiente, salvo que, por razones de urgencia, no fuera posible recabar la autorización judicial, en cuyo caso los profesionales sanitarios adoptarán las medidas necesarias en salvaguarda de la vida o salud del paciente, amparados por las causas de justificación de cumplimiento de un deber y de estado de necesidad. 7. La prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal. El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario. Si el paciente es una persona con discapacidad, se le ofrecerán las medidas de apoyo pertinentes, incluida la información en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio del diseño para todos de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad, para favorecer que pueda prestar por sí su consentimiento.*

*Artículo 10. Condiciones de la información y consentimiento por escrito. 1. El facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente: a) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad. b) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente. c) Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención. d) Las contraindicaciones. 2. El médico responsable deberá ponderar en cada caso que cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención más necesario resulta el previo consentimiento por escrito del paciente.*

### **Desde el caso concreto (hechos singulares)**

1. El paciente acude a Urgencias como usuario de un seguro privado de salud con un dolor precordial que el paciente ya conoce y del que está diagnosticado.

2. La asistencia de urgencias se condiciona a la realización de una prueba PCR.
3. Se indica una técnica de cateterismo de la que no se informa completamente al paciente.
4. El paciente rechaza el cateterismo y a consecuencia de dicho rechazo se somete al paciente a un trato degradante y vejatorio: Trato maleducado; Coacciones; Se priva al paciente de alivio a la sed; Se coloca al paciente en un plano de presión psicológica y de estrés intolerable (un paciente con problemas de corazón)
5. Los profesionales no buscan una alternativa médica o terapéutica (otro profesional) sino que aíslan al paciente para conseguir su consentimiento.
6. No se contacta con personas allegadas para completar la capacidad o para auxiliar en el consentimiento.
7. Recabado el consentimiento mediante presiones, se somete al paciente a la voluntad del médico.
8. Durante la intervención médica, el paciente fallece fruto de los riesgos naturales y previsibles de la técnica médica empleada.
9. Ninguna disposición profesional o legal, autoriza a este trato ni mucho menos justifica el resultado de muerte.
10. Es el conjunto del equipo asistencial el responsable del fallecimiento, pues el maltrato es dispensado directa e indirectamente por todo el equipo de urgencias, sin que las “órdenes” del responsable médico puedan considerarse justificativas para el resto de personal que estaba obligado a denunciarlas y desobedecerlas.

**Haciendo repaso de disposiciones encontramos:**

**A) CÓDIGO DE DEONTOLOGÍA MÉDICA Julio, 2011**

Artículo 6.2.- El paciente fue abandonado por no querer hacer una prueba PCR y no aceptar un cateterismo. Ni se le escuchó ni se le ofreció alternativa sin una causa justa. Todo lo que recibió fue maltrato y reproches hasta su fallecimiento.

Artículo 8.1.- El trato dado al paciente fue displicente maleducado y coactivo. En ningún caso se alcanzó un clima de confianza necesario y preceptivo para la atención médica.

Artículo 9.1.- Los médicos no solo no comprendían las opiniones del paciente sino que las negaban actuando con grosería y displicencia.

-----

Artículo 11.- La atención se prestó con nula confianza y sin buscar un profesional sustituto.

Artículo 12.1.- En ningún caso se respetó el derecho del paciente a decidir. En ningún caso se informó al paciente sobre distintas opciones clínicas disponibles. Siempre fue un “todo o nada”. En ningún caso la información era suficiente para decidir.

Artículo 13.1.- En ningún caso, considerada falta de capacidad mental para decidir, se facilitó la asistencia por terceros como establece la ley sino que se sustituyó directamente la voluntad del paciente

Artículo 14.4.- Ante la falta de acuerdo con el paciente, tampoco se recabó la intervención de la autoridad judicial.

Artículo 16.1.- Ante la gravedad de la situación y de las intervenciones propuestas, no se desplegó un consentimiento informado escrito con todas las garantías, sino que mediante coacciones se obligó a aceptar un procedimiento con vicio de consentimiento.

Artículo 17.1.- Las quejas del paciente afectaron a la normal praxis médica y a la calidad de la atención. No era un trato sinalagmático y simétrico sino una relación con prevalimiento de autoridad y abuso de la situación de extrema vulnerabilidad u necesidad.

Artículo 21.1.- En cuanto a la PCR se pretendía rutinaria, indiscriminada y abusiva, sin norma o ley que la amparase. Según la Ley Básica 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Artículo 20. Actuaciones específicas sobre cribados. 1. A los efectos de esta ley se entiende por cribado aquellas actividades orientadas a la detección precoz de la enfermedad, su diagnóstico y tratamiento temprano, que **se ofrecen** activamente al conjunto de la población susceptible de padecer la enfermedad, **aunque no tenga síntomas ni haya demandado ayuda médica**. 3. La práctica de pruebas diagnósticas a efectos de cribado, **debe realizarse de acuerdo a los principios establecidos en el capítulo II del Título preliminar** (a) Principio de equidad. b) Principio de salud en todas las políticas. c) Principio de pertinencia. d) Principio de precaución. e) Principio de evaluación. f) Principio de transparencia. g) Principio de integralidad. h) Principio de seguridad) **y a los criterios científicos que fundamentan el cribado, excluyéndose pruebas diagnósticas indiscriminadas o que carezcan de una justificación expresa de los objetivos de salud**. No se cumplía ni con una obligación legal ni moral. La

exigencia de PCR como requisito para recibir intervención médica de urgencia, no está amparada por ninguna norma de derecho.

Artículo 60.1.- El paciente recibió un trato degradante y desconsiderado que le causó un sufrimiento extremo por parte de los médicos y resto de personal.

DISPOSICIONES FINALES. Ninguna Ley autoriza a ningún profesional o equipo a dispensar este tipo de atenciones médicas basados en la imposición y el abuso.

## **B) NORMAS DEONTOLÓGICAS DE ENFERMERÍA**

Artículo 4 El paciente fue tratado sin respeto a su dignidad

Artículo 5 El paciente no fue protegido por el personal de enfermería de ese trato vejatorio.

Artículo 6 No se respetó la libertad del paciente.

Artículo 7 No se recabó consentimiento pleno y se permitió el vicio de consentimiento.

Artículo 8 No se recabó el auxilio de allegados.

Artículo 9 El personal de enfermería permitió el empleo de la fuerza y la coacción.

Artículo 10 El personal de enfermería no informó al paciente de sus derechos como paciente ni de las alternativas.

Artículo 13 No se recabó el auxilio de allegados para procesar información.

Artículo 14 Se permitió injerencia extrema en la libertad del paciente.

Artículo 15 No se garantizó una atención de calidad.

Artículo 16 Se impidió al paciente aliviar la sed como medida de presión

Artículo 49 Se sometió al paciente a maltrato y a sed para condicionar su consentimiento.

Artículo 52 Se le denegó atención básica al paciente (sed)

Artículo 53 Se abandonaron los derechos humanos del paciente hasta condicionar su respuesta.

Artículo 54 Se abandonó al paciente en una situación de abuso.

Artículo 55 Se abandonaron los derechos administrativos, asistenciales y clínicos del paciente.

Artículo 61 No se denunció la situación de abuso.

## **C) Desde el Convenio de Oviedo**

Artículo 2. En cuanto a la PCR primó el abstracto interés general.

-----

Artículo 5. Se privó de información y consentimiento informado. Se alcanzó un consentimiento viciado por coacciones.

Artículo 6. El personal sustituyó la capacidad del paciente sin contar con allegados.

Artículo 26. No existía ningún motivo legal para restringir los derechos del paciente.

Artículo 27. No existió causa legal que permitiese suprimir la legalidad bioética.

#### **D) Desde la Ley de derechos del paciente.**

Artículo 2. Se violó dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad, el previo consentimiento, una información adecuada, a decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles, el derecho a negarse al tratamiento.

Artículo 4. Se privó al paciente del derecho a conocer toda la información puesto que no se le explicaron alternativas ni siquiera el derecho a una segunda opinión o a un alta voluntaria.

Artículo 5. Ese derecho a la información asistencial tampoco se cumplió con sus allegados.

Artículo 6. No se informó de manera adecuada de la necesidad de realizar una PCR en términos veraces y comprensibles.

Artículo 8. El consentimiento debía ser por escrito con información completa. El consentimiento fue viciado por las coacciones.

Artículo 9. A falta de consentimiento no se recabó un consentimiento expreso y válido a través de allegados. El personal sustituyó el consentimiento del paciente y forzó al mismo a un consentimiento viciado tras un trato vejatorio y degradante que le produjo un sufrimiento extremo.

Artículo 10. Al paciente se le denegó información básica sobre alternativas y riesgos.

#### **SEXTO: ORDENACION DE PROFESIONES SANITARIAS.**

##### **Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.**

###### **Del ejercicio de las profesiones sanitarias**

###### ***Artículo 4. Principios generales.***

*1. De acuerdo con lo establecido en los artículos 35 y 36 de la Constitución, se reconoce el derecho al libre ejercicio de las profesiones sanitarias, con los*

requisitos previstos en esta ley y en las demás normas legales que resulten aplicables.

4. *Corresponde a todas las profesiones sanitarias participar activamente en proyectos que puedan beneficiar la salud y el bienestar de las personas en situaciones de salud y enfermedad, especialmente en el campo de la prevención de enfermedades, de la educación sanitaria, de la investigación y del intercambio de información con otros profesionales y con las autoridades sanitarias, para mejor garantía de dichas finalidades.*

5. **Los profesionales tendrán como guía de su actuación el servicio a la sociedad, el interés y salud del ciudadano a quien se le presta el servicio, el cumplimiento riguroso de las obligaciones deontológicas, determinadas por las propias profesiones conforme a la legislación vigente, y de los criterios de normo-praxis** o, en su caso, los usos generales propios de su profesión.

7. El ejercicio de las profesiones sanitarias se llevará a cabo con **plena autonomía técnica y científica, sin más limitaciones que las establecidas en esta ley y por los demás principios y valores contenidos en el ordenamiento jurídico y deontológico**, y de acuerdo con los siguientes principios:

a) Existirá **formalización escrita de su trabajo** reflejada en una historia clínica que deberá ser común para cada centro y única para cada paciente atendido en él. La historia clínica tenderá a ser soportada en medios electrónicos y a ser compartida entre profesionales, centros y niveles asistenciales.

b) Se tenderá a la **unificación de los criterios de actuación, que estarán basados en la evidencia científica y en los medios disponibles y soportados en guías y protocolos** de práctica clínica y asistencial. Los protocolos deberán ser utilizados de forma orientativa, como guía de decisión para todos los profesionales de un equipo, y serán regularmente actualizados con la participación de aquellos que los deben aplicar.

c) La eficacia organizativa de los servicios, secciones y equipos, o unidades asistenciales equivalentes sea cual sea su denominación, requerirá la **existencia escrita de normas de funcionamiento interno y la definición de objetivos y funciones** tanto generales como específicas para cada miembro del mismo, así

como la cumplimentación por parte de los profesionales de la documentación asistencial, informativa o estadística que determine el centro.

d) **La continuidad asistencial de los pacientes**, tanto la de aquellos que sean atendidos por distintos profesionales y especialistas dentro del mismo centro como la de quienes lo sean en diferentes niveles, requerirá en cada ámbito asistencial la existencia de procedimientos, protocolos de elaboración conjunta e indicadores para asegurar esta finalidad.

e) La progresiva consideración de la **interdiscipliniedad y multidiscipliniedad de los equipos** profesionales en la atención sanitaria.

#### **Artículo 5. Principios generales de la relación entre los profesionales sanitarios y las personas atendidas por ellos.**

1. La relación entre los profesionales sanitarios y de las personas atendidas por ellos, se rige por los siguientes principios generales:

a) Los profesionales tienen el deber de prestar **una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden**, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en esta ley y el resto de normas legales y deontológicas aplicables.

b) Los profesionales tienen el deber de hacer un **uso racional de los recursos diagnósticos y terapéuticos a su cargo**, tomando en consideración, entre otros, los costes de sus decisiones, y evitando la sobreutilización, la infrutilización y la inadecuada utilización de los mismos.

c) Los profesionales tienen el deber de **respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado y deben respetar la participación de los mismos en las tomas de decisiones que les afecten. En todo caso, deben ofrecer una información suficiente y adecuada para que aquéllos puedan ejercer su derecho al consentimiento sobre dichas decisiones.**

d) Los pacientes tienen derecho a la **libre elección del médico que debe atenderles. Tanto si el ejercicio profesional se desarrolla en el sistema público como en el ámbito privado por cuenta ajena, este derecho se ejercerá de acuerdo con una normativa explícita que debe ser públicamente conocida y accesible. En esta situación el profesional puede ejercer el derecho de**

**renunciar a prestar atenciones sanitarias a dicha persona sólo si ello no conlleva desatención.** En el ejercicio en el sistema público o privado, dicha renuncia se ejercerá de acuerdo con procedimientos regulares, establecidos y explícitos, y de ella deberá quedar constancia formal.

e) Los profesionales y los responsables de los centros sanitarios facilitarán a sus pacientes el ejercicio del derecho a **conocer el nombre, la titulación y la especialidad de los profesionales sanitarios que les atienden**, así como a conocer la categoría y función de éstos, si así estuvieran definidas en su centro o institución.

f) Los pacientes tienen **derecho a recibir información** de acuerdo con lo establecido en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

#### **Artículo 6. Licenciados sanitarios.**

1. Corresponde, en general, a los Licenciados sanitarios, dentro del ámbito de actuación para el que les faculta su correspondiente título, **la prestación personal directa que sea necesaria en las diferentes fases del proceso de atención integral de salud y, en su caso, la dirección y evaluación del desarrollo global de dicho proceso**, sin menoscabo de la competencia, responsabilidad y autonomía propias de los distintos profesionales que intervienen en el mismo.

2. Sin perjuicio de las funciones que, de acuerdo con su titulación y competencia específica corresponda desarrollar a cada profesional sanitario ni de las que puedan desarrollar otros profesionales, son funciones de cada una de las profesiones sanitarias de nivel de Licenciados las siguientes:

a) **Médicos: corresponde a los Licenciados en Medicina la indicación y realización de las actividades dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención de las enfermedades y al diagnóstico, tratamiento, terapéutica y rehabilitación de los pacientes, así como al enjuiciamiento y pronóstico de los procesos objeto de atención.**

#### **Artículo 7. Diplomados sanitarios.**

1. Corresponde, en general, a los Diplomados sanitarios, dentro del ámbito de actuación para que les faculta su correspondiente título, **la prestación personal de los cuidados o los servicios propios de su competencia profesional** en las distintas fases del proceso de atención de salud, sin menoscabo de la competencia, responsabilidad y autonomía propias de los distintos profesionales que intervienen en tal proceso.

2. Sin perjuicio de las funciones que, de acuerdo con su titulación y competencia específica corresponda desarrollar a cada profesional sanitario, ni de las que puedan desarrollar otros profesionales, son funciones de cada una de las profesiones sanitarias de nivel Diplomado las siguientes:

**a) Enfermeros: corresponde a los Diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades.**

#### **Artículo 40. Modalidades y principios generales del ejercicio privado.**

1. En el ámbito de la sanidad privada, los profesionales sanitarios podrán ejercer su actividad por cuenta propia o ajena.

2. La prestación de servicios por cuenta propia o ajena podrá efectuarse mediante cualquiera de las formas contractuales previstas en el ordenamiento jurídico.

**3. Los servicios sanitarios de titularidad privada estarán dotados de elementos de control que garanticen los niveles de calidad profesional y de evaluación establecidos en esta ley de acuerdo con los siguientes principios:**

a) Derecho a ejercer la actividad profesional adecuada a la titulación y categoría de cada profesional.

b) Respeto a la autonomía técnica y científica de los profesionales sanitarios.

c) Marco de contratación estable, motivación para una mayor eficiencia y estímulos para el rendimiento profesional.

d) Participación en la gestión y organización del centro o unidad a la que pertenezca.

e) Derecho y deber de formación continuada.

f) Evaluación de la competencia profesional y de la calidad del servicio prestado.

**g) Garantizar la responsabilidad civil profesional bien a través de entidad aseguradora, bien a través de otras entidades financieras autorizadas a conceder avales o garantías.**

*h) Libre competencia y transparencia del sistema de contratación.*

*i) Libertad de prescripción, atendiendo a las exigencias del conocimiento científico y a la observancia de la ley.*

**Artículo 41. Prestación de servicios por cuenta ajena.**

*1. Los profesionales sanitarios que presten su actividad en centros o servicios sanitarios privados por cuenta ajena tienen derecho a ser informados de sus funciones, tareas y cometidos, así como de los objetivos asignados a su unidad y centro sanitario y de los sistemas establecidos para la evaluación del cumplimiento de los mismos.*

*2. Dichos profesionales sanitarios se hallan obligados a **ejercer la profesión, o desarrollar el conjunto de las funciones que tengan asignadas, con lealtad, eficacia y con observancia de los principios técnicos, científicos, profesionales, éticos y deontológicos que sean aplicables.***

*3. Asimismo se encuentran obligados a mantener debidamente actualizados los conocimientos y aptitudes necesarios para el correcto ejercicio de la profesión o para el desarrollo de las funciones que correspondan a su titulación.*

*4. La evaluación regular de competencias y los sistemas de control de calidad previstos en esta ley serán aplicados en los centros privados que empleen profesionales sanitarios mediante el régimen de prestación de servicios por cuenta ajena. El sistema de desarrollo profesional se articulará en estos centros conforme a lo establecido para los mismos en el título III de esta ley.*

Siendo de aplicación los preceptos anteriores huelga decir que el ejercicio privado de las profesiones sanitarias no adquiere una liberalidad especial o una *lex artis* distinta.

Por lo tanto, es evidente que el daño producido -moral, económico y vital- supone una responsabilidad extracontractual de reparación del daño objetivo causado.

### **SÉPTIMO: CÁLCULO INDEMNIZATORIO.**

Esta parte desea dejar claras las fórmulas indemnizatorias que somete a criterio de Su Señoría y que se corresponde con lo siguiente:

1) Por fallecimiento:	70.000€
2) Por perjuicio directo 25%	17.500€
3) Por gastos de sepelio etc	2.000€
3) Por daño moral	10.500€
TOTAL	100.000€

Esta es la cantidad indemnizatoria que dejamos a la consideración de Su Señoría y que debería percibir la heredera ahora demandante.

Parte de la indemnización y reparación que se reclama es la emisión de un comunicado de reconocimiento de los hechos tal y como se articulan en esta demanda con expreso suplico de disculpa hacia familiares y allegados.

### **OCTAVO: DERECHOS FUNDAMENTALES**

No podemos terminar la demanda sin hacer mención de los Derechos fundamentales que quedan afectados por los hechos descritos.

Debemos hacer una primera mención al art 10 CE que versa sobre la libertad y la dignidad del Ser humano y que en el presente caso desaparecieron durante la intervención médica. El paciente fue maltratado y hostigado por los profesionales de manera degradante y causando un sufrimiento extremo e innecesario, casi con ensañamiento (no le permitían aliviar la sed). En cuanto a la libertad, es evidente que no se permitió al paciente ejercer su derecho a la libre determinación y que se forzó un consentimiento -nulo y viciado en todo caso- con el objeto de someter la voluntad del paciente.

Debemos continuar con el art 15 CE a la integridad física y moral. Por una parte la integridad física se perdió absolutamente durante una técnica de cateterismo que el paciente no deseaba. En cuanto a la integridad moral, el paciente se vio sometido a un trato degradante y humillante. Igualmente esa integridad moral queda afectada en la heredera que vio y padeció en tiempo real el último sufrimiento del paciente.

-----

Debemos también recordar el derecho a la libertad deambulatoria del art 17 CE por cuanto la retención del paciente debe calificarse de detención a la vista de la doctrina de Naciones Unidas en materia de detenciones ilegales (relator especial en detenciones ilegales) que considera toda privación de libertad una detención. En el presente caso no se articularon ni los mecanismos de cambio de profesional, segunda opinión, auxilio judicial, traslado a otro centro o alta voluntaria, sino que se perpetró un mecanismo para someter al paciente al placer sádico del responsable médico de cumplir su propia y única voluntad.

Por lo expuesto SOLICITO tenga por presentado este escrito con todo su contenido y en su virtud tenga por interpuesta DEMANDA DE JUICIO DECLARATIVO ORDINARIO en reclamación de cantidad, contra la mercantil HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN FRANCISCO DE ASIS, para que en su día y tras la práctica de pruebas se dicte sentencia reconociendo la responsabilidad por el fallecimiento de Don Joaquín Chaves Sola y se proceda a la indemnización y reparación correspondiente, mediante la cuantía de 100.000 euros y una carta de disculpa.

En Madrid a 10 de diciembre de 2022

-----

OTROSÍ DIGO: Que para el caso de no llegar a acuerdo en la audiencia previa al juicio, solicito que se reciba el pleito a prueba, practicándose las pruebas que propondré en el momento de la celebración de dicha audiencia,

SUPLICO AL JUZGADO que tenga por hecha la anterior solicitud.

OTROSI DIGO SEGUNDO: Como documental aportada en este acto señalamos

- 1) Reclamación presentada por la heredera
- 2) Reclamación presentada por este letrado
- 3) Testamentaria en la que se reconoce a la actora como heredera
- 4) Última reclamación presentada al Hospital demandado

SUPLICO AL JUZGADO tenga por aportada la documentación.

OTROSI DIGO TERCERO: Que de cara a garantizar los derechos sustantivos y procesales de la parte actora, se requiere a la mercantil que aporta antes del acto de la audiencia previa:

1) Historial clínico completo del paciente Don Joaquin Chaves Sola tal y como se conserva en dicho hospital con en contenido obligatorio según Ley (art 15 ley autonomía del paciente):

1. a) La documentación relativa a la hoja clínicoestadística.
2. b) La autorización de ingreso.
3. c) El informe de urgencia.
4. d) La anamnesis y la exploración física.
5. e) La evolución.
6. f) Las órdenes médicas.
7. g) La hoja de interconsulta.
8. h) Los informes de exploraciones complementarias.

-----

9. i) El consentimiento informado.
  10. j) El informe de anestesia.
  11. k) El informe de quirófano.
  12. l) El informe de anatomía patológica.
  13. m) La evolución y planificación de cuidados de enfermería.
  14. n) La aplicación terapéutica de enfermería.
  15. ñ) El gráfico de constantes.
  16. o) El informe clínico de alta.
- 2) Póliza de seguro que cubra los riesgos generales de las instalaciones y de sus profesionales.

SUPLICO AL JUZGADO tenga por solicitada la documentación.

Por ser Justicia que pedimos en Madrid a 10 de diciembre de 2022

-----