

Dictamen n.º: **341/26**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **10.06.26**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 10 de junio de 2026, sobre la consulta formulada por la consejera de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña. y sus hijos D., D., D. y D., (en adelante, “*los reclamantes*”), por el fallecimiento de D., esposo y padre respectivamente de los reclamantes, que atribuyen a una infección por COVID contraída en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HUGM).

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El expediente de responsabilidad patrimonial trae causa del escrito de reclamación presentado en el registro de la Consejería de Sanidad el 5 de febrero de 2024, contra el Servicio Madrileño de Salud, por el fallecimiento de su familiar, que atribuyen a una falta de aislamiento durante su ingreso en el HUGM por una fractura de cadera y una recidiva de linfoma.

En concreto, detallan que su familiar tenía antecedentes de linfoma B de células grandes, cáncer de próstata, cardiopatía isquémica, entre

otras patologías, cuando ingresó en el HUGM por fractura de cadera, tras un accidente doméstico sufrido el 9 de enero de 2023. En el ingreso se sospechó de recidiva del linfoma, quedando ingresado a cargo de Medicina Interna, y siendo posteriormente trasladado, el 19 de enero de 2023, a una planta de Neurocirugía, compartiendo habitación con un enfermo con neumonía.

Refieren que, pese a las advertencias de riesgo de infección al ser un paciente inmunodeprimido, no se les prestó atención. Añaden que, tres días después, encontraron a su padre respirando con dificultad y fiebre, confirmándose con las pruebas diagnósticas que tenía neumonía nosocomial, siendo positivo en SARS COV2.

Dicen los reclamantes que esa infección impidió el tratamiento de su linfoma, falleciendo el 7 de febrero de 2023, lo que atribuyen a la infección contraída durante su estancia en una habitación, sin aislamiento y con una persona con neumonía.

Los reclamantes solicitan ser indemnizados por la cantidad de 261.118,73 euros.

Al escrito acompañan el libro de familia, certificado de defunción, documentación clínica del paciente e información fiscal de la viuda.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación, el órgano instructor solicitó la historia clínica, pudiéndose extraer de las mismas los siguientes hechos de interés:

El paciente, nacido en 1936, presentaba los siguientes antecedentes:

En 1998 es diagnosticado de un adenocarcinoma de próstata score Gleason 9 (cáncer de grado alto) estadio IV, con tratamiento inicial con prostatectomía radical. En 2015 presenta datos de progresión, estadio IV

(metástasis ganglionares y probables esplénicas), con nueva progresión en noviembre del 2019 y en agosto 2021, por lo que se reinicia tratamiento con Abiraterona-Prednisona.

En 2016 se implanta stent en arteria bisectriz por cardiopatía isquémica.

En el 2020 es diagnosticado de Linfoma B Difuso de Célula Grande (LBDCG) estadio IV-B, con afectación supra e infradiafragmática, esplénica y probable infiltración pelvis renal, con índice pronóstico internacional (IPI): 5 (alto). Tras estudio de extensión el paciente inició tratamiento con R-Mini-CHOP 6 ciclos (versión modificada del régimen de quimioterapia R-CHOP, donde se administran los mismos medicamentos, pero en dosis reducidas, específicamente la vincristina, la doxorrubicina y la ciclofosfamida, manteniendo las dosis convencionales de rituximab y la corticoide prednisona diseñada para mejorar la tolerancia en pacientes ancianos), alcanzando remisión completa en TAC de fin de tratamiento. En el PET-TAC realizado en agosto del 2022 se evidencia una probable recidiva tumoral en ganglios linfáticos supra e infra-diafragmáticos, realizándose biopsia de un ganglio paraórtico izquierdo que confirmó metástasis de su carcinoma de próstata, sin evidencia de infiltración por linfoma.

También constan hipertensión arterial y diabetes, no siendo insulina dependiente.

El 9 de enero de 2023 el paciente acude al Servicio de Urgencias del HUGM por caída en su domicilio. Es valorado por el Servicio de Traumatología. Se realiza una radiografía de cadera y un TAC (tomografía axial computarizada) pélvico, que confirman el diagnóstico de fractura de pelvis: *“fracturas múltiples delcotilo en prácticamente todas sus paredes y fractura de la rama iliopubiana derecha”*. En el TAC se

objetivan hallazgos compatibles con posible tumoración vesical que dilata el uréter izquierdo. Se solicita valoración por Urología.

Se recoge que la hija del paciente refiere que llevaba con un cuadro de astenia intensa, febrícula asintomática matutina y debilidad generalizada, de 3-4 semanas de evolución, que había empeorado los últimos días. Traumatología considera que el paciente no es subsidiario de tratamiento quirúrgico y pautan deambulaci3n en carga parcial (únicamente para transferencias cama-sill3n) con ayuda de muletas/andador y una persona, y enoxaparina en inyecci3n subcutánea.

En la analítica realizada en Urgencias, destaca anemia normocítica con leve amenizaci3n respecto a la basal. Se transfunde un concentrado de hematíes. Las pruebas de infecci3n de virus respiratorios dan negativos. Está pendiente de resultados de hemocultivos y urocultivos.

Desde Traumatología se avisa a Hematología de guardia para valoración del paciente, que está en seguimiento por ellos.

El paciente ingresa a cargo de Medicina Interna por deterioro en las últimas semanas y para completar estudio.

El día 13 de enero de 2023 es valorado por Medicina Interna, haciéndose constar:

«Analítica del 10/01 destaca hemoglobina 9,3 mg/g, plaquetas 74.000. Urocultivo positivo por infecci3n de E. Coli.

“Juicio clínico:

- Síndrome constitucional en probable relaci3n con progresi3n/recidiva de la enfermedad hematología previa*
- Sospecha de neoplasia vesical pendiente de completar estudio*

- *Infección urinaria por E.Coli.*

- *Pancitopenia crónica agudizada probablemente en el contexto del cuadro actual, vigilar.*

Plan:

- *Antibioterapia dirigida con meropenem.*

- *Pendiente de resultado de hemocultivo.*

- *Se solicita TC (tomografía computarizada) cérico/torácico/abdomino/pélvico con CIV (con contraste intravenoso) por hospitalización, el paciente lo tenía programado de forma ambulatoria para el 20/01.*

- *Se solicita nueva valoración por Urología para completar el estudio de neoplasia vesical durante el ingreso, una vez resuelta la infección por E.coli.*

- *Se solicita valoración y seguimiento por hematología”».*

El día 16 de enero, la valoración de Medicina Interna recoge:

“Estable clínicamente, hemodinámicamente estable, ligeramente pálido. BEG (buen estado general). Refiere sudoración nocturna. Se realiza exploración física y valoran pruebas complementarias. Hemocultivos negativos. Analítica del 16/01: descenso de hemoglobina 8,1 mg/dl, hematocrito 24,6 %, plaquetas 58.000, leucocitos de 1890. Plan:

- *Pendiente del informe de TC cérico/torácico/abdomino/pélvico*

- *Pendiente de valoración y seguimiento por hematología y decidir actitud con el resultado del TC.*

- *Paciente y mujer informados presencialmente*”.

El día 20 de enero de 2023 es valorado por Urología, recogándose: *“Paciente con recidiva en lecho prostático ya conocida, por lo que la imagen que se objetiva actualmente es compatible con proceso en evolución ya conocida. Se comenta con familiares, actualmente no consideramos rentable ni necesario someter al paciente a más pruebas invasivas por nuestra parte, por lo que se consensua cancelar citoscopia”*.

El día 21 de enero de 2023, en el evolutivo de Enfermería consta:

“Afebril, normotenso. Consciente y orientado, dolor a la movilización durante el aseo. Con mucho dolor, se administran 2 mg de cloruro mórfico al realizar la prueba, resto del mañana más tranquilo y dormitando”.

El 22 de enero de 2023, el facultativo de Medicina Interna recoge:

“Avisa enfermería por temperatura de 37,9 °. El paciente refiere sensación disneica que resuelve con GN (gafas nasales) con saturación del 98 % Dado los antecedentes del paciente y la inmunodepresión, reintroduzco meropenem, solicito Rx (radiografía) de tórax y HC (hemocultivo). Juicio clínico: Fiebre posible origen neoplásico vs infeccioso”.

Al día siguiente, presenta mal estado general y se le realiza exudado nasal, hemocultivos y radiografía.

El día 24 de enero es valorado por Hematología, recogándose:

“Resultado de aspirado de medula ósea:

Juicio clínico: NEOPLASIA LINFOIDE DE ALTO GRADO. Las alteraciones morfológicas son acordes con infiltración por neoplasia

linfoide de alto grado debiéndose de confirmar y filiar de forma adecuada mediante inmunocitometría y/o inmunohistoquímica.

Estudio inmunofenotípico. Valoración diagnóstica: en el momento actual se objetiva en la muestra de médula ósea la presencia de una escasa población linfoide B patológica (0,8 %) de fenotipo compatible con corresponder a infiltración por su enfermedad de base linfoma B difuso de célula grande, con expresión de CD30+.

Juicio clínico: Recaída de LBDCG con datos de filtración de médula ósea.

Plan: Informamos de datos de infiltración de médula ósea por síndrome linfoproliferativo, y explicamos juicio clínico actual de recaída del linfoma y pronóstico, así como las posibles alternativas terapéuticas por nuestra parte en caso de que se decida tratamiento activo. Planteamos también la posibilidad de optar por un manejo más de soporte sin tratamiento activo dada la edad del paciente, la situación de recaída del linfoma, el tumor prostático ya conocido (con la sospecha actual de progresión según Urología) y las actuales complicaciones médicas que condicionan también el ingreso (fracturas en codo y rama iliopúbica, episodio de ITU [infección tracto urinario], actual neumonía).

La familia entiende la situación de su enfermedad hematológica y desean también conocer y ser informados de la situación actual de su tumor prostático por parte de Oncología y valoración por su parte para toma de decisiones”.

En el evolutivo de Medicina Interna de ese mismo día 24 de enero, se recoge: “Deterioro del estado general en las últimas 48 horas respecto a los días previos, en probable relación con la progresión del proceso hematológico previo y la fiebre secundaria a neumonía bilobar derecha de

etiología nosocomial. Paciente afebril en las últimas 24 horas. Precisa GN (gafas nasales) a 3 lpm (litros por minuto). No trabajo respiratorio. Continúa postrado. Consciente, orientado en las tres esferas.

La familia del paciente ha sido informada de forma muy detallada y exhaustiva por el Servicio de Hematología y posteriormente por Servicio de Medicina Interna sobre el diagnóstico actual, el pronóstico y las opciones terapéuticas, así como la limitación que supone el cuadro actual de neumonía y la presencia de neoplasia vesical... Se ha consensuado iniciar tratamiento con dexametasona pero a dosis más bajas de las que se iniciarían en caso de no presentar neumonía/cuadro infeccioso intercurrente, 10 mg durante 3-4 días y ver respuesta y evolución. La familia está informada sobre la posibilidad de empeoramiento del cuadro infeccioso con la cortiterapia a altas dosis, lo comprenden y asumen la posibilidad de mal pronóstico”.

El día 27 de enero consta en el evolutivo de Medicina Interna:

“Infección respiratoria de probable origen nosocomial. Insuficiencia respiratoria parcial aguda secundaria. El domingo 22/01 el paciente presento un pico febril, una vez ya suspendido el tratamiento previo con Meropenem por la ITU (infección del tracto urinario) por E. Coli BLEE (enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido). El paciente precisa O2 (oxígeno) por GN que no precisaba previamente, con tos y expectoración, con mal manejo inicial de las secreciones, y con dudosa imagen de infiltrado en radiografía portátil de tórax que se ha informado como ausencia de infiltrado, pero el paciente presenta crepitantes a ese nivel, y aislamiento de bacilos gram + en esputo, pendiente de ver si se pueden identificar (comentado con Microbiología-Sección de Respiratorio), van a intentar recuperar la muestra y sembrarla de nuevo el fin de semana. Los demás cultivos negativos hasta ahora. Extraído nueva muestra para CMV (citomegalovirus) y BMM hoy. Asumiendo que se trata de

paciente ID (inmunodeprimido) y la probable etiología nosocomial, se mantuvo el tratamiento con meropenem con el fin de complementar el tratamiento hasta el día 29/01, y linezolid para completar al menos 7 días”.

En el evolutivo de Medicina Interna del día 30 de enero se hace constar: “Paciente hoy más desorientado, según familia, con tendencia al sueño. TA (tensión arterial) 160/30 mmhg, 93 FC (frecuencia cardíaca) por minuto, sto_2 (saturación de oxígeno) 98 % con 3- 4 L/ o_2 (litros/oxígeno) que disminuimos. PET-TAC: Estudio compatible con enfermedad metabólica en progresión (DS5). Respuesta paradójica con aparición de múltiples adenopatías supra e infradiafragmáticas, con extensa afectación ósea y disminución del metabolismo de las adenopatías descritas.

Juicio clínico: Proceso hematológico: linfoma B de células grandes difuso estadio IVB confirmada recaída e infiltración en médula ósea. Pancitopenia. Probable progresión de adenocarcinoma de próstata ITU complicada por E.Coli. Fracturas múltiples de cotilo en prácticamente todas sus paredes y fractura rama iliopubiana derecha. Síndrome constitucional. Sospecha de infección respiratoria.

Plan: Se solicita Rx tórax portátil. Se disminuye Fio_2 (fracción inspirada de oxígeno).

La familia y Hematología deciden traslado a dicho servicio, para comenzar tratamiento”.

El día 31 del mismo mes de enero, Hematología recoge:

“Hoy de nuevo pico febril. Encamado. Desorientado en tiempo y espacio. HD estable. Tendencia a taquicardia 115 lpm. Sat O_2 93 % con GN a 3 lpm. Dificultad para la auscultación, no variable por la

posición del paciente. Esplenomegalia marcada. Abdomen blando y depresible.

ECG (31/01); flutter auricular 2:1 Ponemos IC (interconsulta) a cardiología y comentamos con cardiología para valoración.

Plan: Ayer fin de corticoides. Antiinfecciosos. ATB: meropenem. Suspendido Linezolid. Remdesivir (hoy 2º día). Inicio de px (prevención) ETV (enfermedad tromboembólica venosa) con enoxaparina. Pendiente de valoración por cardiología. Pendiente de ETT. Intensificamos tratamiento deplectivo y reposición de K (potasio).

Bloqueamos cama de al lado por situación clínica del paciente y sus datos de IS y preferencia familiar.

Informados los familiares del mal pronóstico a corto medio plazo (paciente con dos tumores activos, recaída de LBDCG con importante extensión, complicaciones activas durante el ingreso entre ellos actualmente COVID). Comentamos con la Dra. Si fiebre y/o inestabilidad HD avisar con constantes”.

El día 1 de febrero se anota por Hematología: “Situación actual: Paciente frágil, ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) > 3, encamado, con fiebre persistente, (me impresiona más como sintomatología B, que nueva sobreinfección o probablemente ambas). Hemodinámicamente estable. GN a 3 lpm con sat > 92%. Eupneico en reposo, cuando pasamos y con menos datos clínicos de sobrecarga hídrica que lo referido ayer. Comentamos situación clínica con la familia y contactamos realizaos interconsulta a S. Paliativos”.

El día 2 de mismo mes se vuelve a valorar por Hematología, recogiendo el deterioro progresivo e informando a los hijos, conjuntamente con Cuidados Paliativos, que anota: “Valoramos presencialmente al paciente, junto con sus hematólogos. Esta acompañado

de uno de sus hijos. Anoche tuvo de nuevo fiebre, también se ha transfundido 1 CH. En nuestra visita se encuentra con muy bajo nivel de conciencia, le cuesta mucho despertar, postración y astenia extremas, apenas como y bebe. No refiere dolor, parece confortable, no disnea. Palidez marcada. Hablamos con su hijo e hija por tlf, quedamos en reunión familiar con hija y esposa a las 11 h mañana viernes para toma de decisiones ante la evolución desfavorable del paciente y para que entienden la suspensión del tratamiento activo, la gravedad y la conveniencia de centrarnos ahora en un tratamiento de confort, ya que ni las transfusiones ni los antibióticos etc. están mejorándole”.

El siguiente día 3 se recoge que se priorizan medidas de confort, excluyendo reanimación, si existe parada cardiorrespiratoria.

-El día 6 de febrero se recoge por Cuidados Paliativos: «Volvemos a ver la paciente, sigue en la misma situación clínica de postración y astenia extremas, y muy bajo nivel de conciencia, sin tener ningún fármaco que produzca sedación. Se despierta a la llamada intensa, intenta abrir los ojos, contesta dos palabras, coherentes (p. ej. sabe que está en el Marañón, el nombre de su mujer ...) y se vuelve a dormir. Apenas come, intentamos darle agua y no despierta, boca muy seca, con costras, no vemos clara candidiasis, en todo caso no parece que pueda hacer los enjuagues con nistatina. Taquipnea, no refiere disnea, AP con roncus bilaterales, no tos eficaz. No mantiene los brazos en alto al subirlos ni los mueve solo, no mueve las piernas, solo los dedos de pies. Tampoco se aprecia sufrimiento o discomfort y al preguntarle por dolor, él lo niega, Solo dice varias veces “a ver cuándo se acaba esto” le preguntamos si se refiere a mejorar y volver a casa y dice que sí...

Acompañado de su hija, hablamos con ella a solas, le insistimos en que está muy grave, que no le fuercen a comer, que no se le puede levantar (ella lo propone...) que a nuestro parecer no se le deberían hacer HC si fiebre ya que de momento los últimos siguen negativos. pero ella

dice que no está de acuerdo porque 'habrá que saber de dónde viene la infección'. Le insistimos en que la fiebre es multifactorial y que el linfoma está empeorando su analítica, con riesgo de sangrado, de más infecciones... pero ella sigue asociando el mal estado con la neumonía y el Covid. Analítica de hoy sigue la anemia, no le rinde nada los CH ni le mejoran su estado general, plaquetas bajas, recomendamos no poner clexane.

Plan: Creemos que en este momento la situación clínica de R. contraindica un traslado en ambulancia a nuestra unidad situada en HSC además la familia parece sin aceptar la adecuación terapéutica y la situación terminal por todo ello, de momento haremos seguimiento diario en la unidad donde está ubicado el paciente, seguiremos hablando con familia y veremos evolución.

Si comienza con discomfort, creemos que lo conveniente es intentar que la familia acepte iniciar una sedación suave de confort».

El día 7 se mantiene seguimiento por Hematología y Cuidados Paliativos, falleciendo el paciente a las 16:10 horas.

TERCERO.- Incorporada al procedimiento la historia clínica del paciente, cuyo contenido esencial se ha recogido anteriormente, se procedió a la instrucción del expediente y, conforme a lo dispuesto en el artículo 81 de la LPAC, se recabó informe de los servicios intervinientes.

La jefa de Sección de Hematología emite un informe, fechado el 16 de marzo de 2024, en el que detalla la asistencia prestada al familiar de los reclamantes, dando respuesta a las afirmaciones contenidas en la reclamación.

También consta informe del Servicio de Oncología, en el que se recoge la asistencia prestada por el mismo relativa, exclusivamente, al carcinoma de próstata.

Igualmente se ha emitido informe por el Servicio de Medicina Preventiva, que recoge los resultados de los exudados nasofaríngeos al familiar de los reclamantes, mostrando positivo en SARS COV2 y negativo en otros virus desde el día 30 de enero de 2023. También consigna la negatividad de los exudados de las personas que compartieron habitación con aquel. Al informe se adjunta el Protocolo de precauciones de transmisión frente al COVID 19.

La Inspección Médica emite informe, fechado el 11 de septiembre de 2025, en el que se concluye que *“la asistencia sanitaria dispensada por el Servicio de Hematología y Hemoterapia del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, ha sido adecuada”*.

Otorgado trámite de audiencia, los reclamantes presentaron alegaciones fechadas el 19 de enero de 2026. En su escrito reiteran su reclamación, reprochando la falta de aislamiento, y atribuyen el fallecimiento a la infección respiratoria de origen nosocomial.

Finalmente, el 5 de mayo de 2026 la viceconsejera de Sanidad y directora general del Servicio Madrileño de Salud formula una propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación.

CUARTO.- El 12 de mayo de 2026 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la preceptiva solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, al letrado vocal D. Carlos Hernández Claverie, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 10 de junio de 2026.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

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

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial se regula en la LPAC.

Los reclamantes están legitimados por ser cónyuge e hijos respectivamente del fallecido y, en consecuencia, presumirse en ellos el daño moral derivado de su fallecimiento, constituyendo un daño *ex iure proprio* que sufren las personas especialmente vinculadas a la finada.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, en tanto que la asistencia reprochada fue dispensada en un centro sanitario de la red del SERMAS.

El plazo para el ejercicio del derecho a reclamar es de un año contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo. (cfr. artículo 67.1 de la LPAC). En el presente caso, se reclama por el fallecimiento, que se produjo el 7 de febrero de 2023, formulándose la reclamación el 5 de febrero del siguiente año, por lo que esta presentada dentro del plazo de un año.

Respecto al procedimiento seguido, se ha incorporado al procedimiento la historia clínica, y emitido el informe preceptivo de los servicios intervinientes de Hematología y Oncología, así como de Medicina Preventiva, Cardiología y Neurología. También se ha recabado el informe de la Inspección Médica.

Concluida la instrucción, se ha dado audiencia a los interesados, que han presentado alegaciones, según recogimos en los antecedentes, tras lo cual se ha formulado una propuesta de resolución.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el art. 106.2 de la Constitución Española, que garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley, previsión desarrollada por la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP) en su título preliminar, capítulo IV, artículos 32 y siguientes.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, por todas, las Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 11 de julio de 2016 (recurso de casación 1111/2015) y 25 de mayo de 2016 (recurso de casación 2396/2014), requiere:

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

b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que

pudieran influir, alterando, el nexo causal. Así, la Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de junio de 2007 (Recurso 10231/2003), con cita de otras muchas declara que *“es doctrina jurisprudencial consolidada la que sostiene la exoneración de responsabilidad para la Administración, a pesar del carácter objetivo de la misma, cuando es la conducta del propio perjudicado, o la de un tercero, la única determinante del daño producido aunque hubiese sido incorrecto el funcionamiento del servicio público (Sentencias, entre otras, de 21 de marzo, 23 de mayo, 10 de octubre y 25 de noviembre de 1995, 25 de noviembre y 2 de diciembre de 1996, 16 de noviembre de 1998, 20 de febrero, 13 de marzo y 29 de marzo de 1999)”*.

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

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

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

Según la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación 4397/2010), la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, como reiteradamente ha señalado dicho Tribunal [por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012 (recurso de casación núm. 4229/2011) y 4 de julio de 2013, (recurso de casación núm. 2187/2010)] que *“no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente”,* por lo que *“si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido”* ya que *“la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes - fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados”*.

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la *lex artis* y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones.

QUINTA.- Entrando a analizar el supuesto concreto, es preciso determinar si existe un daño efectivo como presupuesto necesario para el nacimiento de la responsabilidad patrimonial.

En el caso de fallecimiento, el daño moral sufrido por los familiares cercanos, en este caso la esposa e hijos, debe presumirse, no precisándose prueba al respecto.

Ahora bien, lo que sí resulta ineludible es la prueba de la relación de causalidad entre el fallecimiento por el que se reclama y la asistencia prestada. Además, en materia sanitaria, por su especial complejidad, esa prueba debe estar basada en criterios profesionales y no en meras apreciaciones subjetivas carentes de todo sustento médico.

En este punto, cabe traer a colación la doctrina que recopila la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, de 8 de abril de 2022 (rec. 1079/2019), diciendo: *«Hemos de recordar la importancia que ámbito tan técnico tienen las reglas sobre la carga de la prueba a las que se refieren nuestras leyes procesales. Así, conforme a lo dispuesto en el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, corresponde al demandante "la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda, según las normas jurídicas a ellos aplicables, el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la demanda", y corresponde al demandado "la carga de probar los hechos que, conforme a las normas que les sean aplicables, impidan, extingan o enerven la eficacia jurídica de los hechos a que se refiere el apartado anterior". Las precitadas reglas generales se matizan en el apartado 7 del precepto citado, en el sentido de que se "deberá tener presente la disponibilidad y facilidad probatoria que corresponde a cada una de las partes del litigio".*

La Jurisprudencia (STS de 7 de septiembre y 18 de octubre de 2005, de 9 de diciembre de 2008, de 30 de septiembre, 22 de octubre, 24 de noviembre, y 18 y 23 de diciembre de 2009, y las que en ellas se citan) han precisado el alcance de las anteriores normas sobre la carga probatoria en materia de responsabilidad patrimonial sanitaria a la luz del principio de facilidad probatoria, en el sentido de que compete al recurrente la prueba del daño antijurídico y del nexo o relación de

causalidad entre éste y el acto de asistencia médica, de forma que, no habiéndose producido esa prueba no existe responsabilidad administrativa, si bien tales exigencias deben moderarse, en aplicación del principio de facilidad de la prueba, tomando en consideración las dificultades que en cada caso concreto haya encontrado el recurrente para cumplir con la carga probatoria que le incumbe debido a que la Administración es la parte que dispone del expediente administrativo.

Pero una vez acreditado por el demandante el daño antijurídico y el nexo causal entre éste y la actuación sanitaria, corresponde a la Administración la prueba de que ajustó su actuación a las exigencias de la lex artis, por la mayor dificultad del reclamante de acreditar que la Administración sanitaria no ha actuado conforme a las exigencias de una recta praxis médica, si bien no faltan sentencias en las que, sin excluir el principio de facilidad probatoria, se indica que la prueba de un mal uso de la lex artis corre a cargo de quien reclama, aunque en ellas se considera la prueba de presunciones como un medio idóneo de justificación de este mal uso, en concreto, cuando el daño sufrido por el paciente resulta desproporcionado y desmedido con el mal que padecía y que provocó la intervención médica, en cuyo caso cabrá presumir que ha mediado una indebida aplicación de la lex artis (STS de 17 de mayo de 2002 y 26 de marzo de 2004).

Aunque lo anterior parece dar la razón a quien reclama cuando afirma que corresponde a la Administración la carga de probar que no existió mala praxis, es lo cierto que esta tesis carece de la trascendencia que se le pretende atribuir porque previamente incumbe a la parte actora la de acreditar la antijuricidad del daño, y ello lleva implícita la prueba de que la prestación sanitaria no se acomodó al estado de la ciencia o que, atendidas las circunstancias del caso, los Servicios Públicos Sanitarios no adoptaron los medios a su alcance.

Y, finalmente, como es sabido, por haber sido reiterado en numerosas sentencias que se han dictado acerca de cuestiones relativas a la responsabilidad patrimonial sanitaria, resulta necesario acudir a los informes técnicos que suministran al Tribunal los conocimientos necesarios, de carácter técnico-médico, para resolver las cuestiones debatidas. Y, también es sabido que las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica y este Tribunal carece de los conocimientos técnicos-médicos necesarios, por lo que debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos, bien porque las partes hayan aportado informes del perito de su elección al que hayan acudido».

En la reclamación que analizamos, los reclamantes realizan numerosas valoraciones médicas, pero que no aparecen avaladas por informes periciales especializados.

En concreto, atribuyen el fallecimiento a la infección por COVID, apreciación subjetiva que está en consonancia con la percepción que los propios reclamantes mostraban durante la evolución de su familiar.

En efecto, como se recoge en la historia clínica el día 6 de enero de 2023 por Cuidados Paliativos, la hija del paciente no asumía la inexorable evolución del linfoma, atribuyendo el empeoramiento del estado de su padre al COVID, anotándose: *“Le insistimos en que la fiebre es multifactorial y que el linfoma está empeorando su analítica, con riesgo de sangrado, de más infecciones... pero ella sigue asociando el mal estado con la neumonía y el Covid”*.

El informe del Servicio de Hematología es muy exhaustivo en su análisis de la asistencia prestada, y recuerda como el 24 de enero de 2023, varios días antes de que diera positivo en COVID, con los primeros resultados del estudio de médula ósea que confirman la infiltración por linfoma No Hodgkin, *“se mantuvo una reunión con la mujer y una hija, y*

posteriormente con el resto de sus hijos. Se informa de la ausencia de tratamientos curativos en la situación/ comorbilidades y edad del paciente. Una opción a considerar en casos similares son los ensayos clínicos, pero no era viable en su caso por presentar un segundo tumor activo (adenocarcinoma de próstata), que es un motivo de exclusión para los mismos. Considerando la edad del paciente, la progresión del tumor urológico y las complicaciones médicas (fracturas en codo y rama ilio-pubiana, episodio de infección urinaria y neumonía), que en conjunto condicionaban muy mal estado general (ECOG 3), el beneficio de un tratamiento oncológico activo es muy dudoso, pudiendo aportar más toxicidad que beneficio, motivo por el cual se recomendó la opción de un manejo paliativo sintomático como opción preferente. De nuevo esta recomendación, fue una recomendación consensuada dentro del Servicio, tras discusión en las sesiones clínicas diarias. No obstante, la decisión de hacer un tratamiento de este tipo siempre debe consensuarse con la familia y el enfermo (si es que la familia y los facultativos consideran que el enfermo está en condiciones de participar en dicha decisión), y en este caso la familia expresó claramente su deseo de no abandonar la posibilidad de un tratamiento activo”.

Ciertamente se constata que los ahora reclamantes no asumían la gravedad del estado de su familiar, que presentaba dos procesos tumorales en un estado muy avanzado, no susceptibles de tratamiento alguno, más allá de los cuidados paliativos, siendo el linfoma la causa del fallecimiento, sin perjuicio de la confluencia de comorbilidades como el avanzado cáncer de próstata, la fractura de cadera e infecciones postreras de orina y por COVID, todo ello en una persona de 86 años de edad. Así, la jefa de Sección de Hematología afirma: “el linfoma fue la causa fundamental de la muerte, provocándole inicialmente un síndrome constitucional importante que facilitó la caída y la fractura de cadera, y produciendo después una situación de deterioro general que facilita la aparición de distintas complicaciones médicas. De hecho, este es patrón

habitual de evolución final de estas enfermedades tumorales agresivas. Suele haber un evento final (infeccioso, trombótico, insuficiencia orgánica, etc.), pero lo que facilita la aparición y gravedad de estas complicaciones en la progresión del tumor”.

Por tanto, la infección por COVID, de la que estaba vacunado con la pauta completa y había contraído anteriormente, pudo ser un factor desencadenante añadido del fatal desenlace, pero este resultaba inevitable por el avance de sus procesos oncológicos, principalmente del linfoma infiltrante.

Como afirma el Tribunal Superior de Justicia de Asturias, en una reciente Sentencia 844/2025, de 2 de octubre (rec. 765/2024), en un caso que presenta muchas similitudes con el que nos ocupa: *“aun cuando la infección por Covid sea un elemento desencadenante de la agravación de la patología inicial, esta es de la suficiente gravedad para constituirse en causa directa del fallecimiento”.*

Sin perjuicio de lo expuesto, ante estados de grave deterioro físico y prolongadas estancias hospitalarias resultan frecuentes las infecciones hospitalarias, siendo preciso determinar si resultaba preceptivo mantener al paciente en un estado de aislamiento, con las dificultades que ello puede llevar consigo y la afectación psíquica que conlleva en pacientes ancianos.

Al respecto, el informe del Servicio de Hematología afirma: *“el paciente no cumplía los criterios actuales del hospital dictados por el Servicio de Medicina Preventiva para ingreso en régimen de aislamiento, al no presentar una neutropenia severa (grado 4), ni con tratamientos quimioterápicos o inmunosupresores intensos activos, ni con aislamientos microbiológicos que así lo condicionaran. El paciente al ingreso presentaba una neutropenia grado 1 o leve (1600 neutrófilos) que a priori no cumple criterios de riesgo que recomienden aislamiento específico”.*

En el mismo sentido, la Inspección Médica recuerda que son acreedores de lo que se denomina “*ambiente seguro*”:

- Paciente receptor de trasplante alogénico de médula ósea (durante los 100 primeros días desde el trasplante).

- Paciente receptor de trasplante de órgano sólido, durante el periodo inmediatamente postquirúrgico de máxima inmunodepresión (durante las 3 primeras semanas tras el trasplante).

- Paciente con neutropenia severa (neutropenia $< 500/\text{mm}^3$ durante un periodo ≥ 2 semanas, o neutropenia $< 100/\text{mm}^3$ cualquiera que sea su duración). En este caso, las precauciones finalizarán cuando la cifra de neutrófilos sea > 1.000 células/ mm^3 .

Por tanto, el familiar de los reclamantes, como afirma la inspectora médica, «*no cumplía criterios para aplicar medidas de “ambiente protector”, según la guía para la prevención de la transmisión de agentes infecciosos en entornos sanitarios de la CDC y otras guías consultadas*».

En todo caso, tal y como recogen los informes de los servicios de Hematología y Medicina Interna, los pacientes que compartieron habitación con el familiar de los reclamantes resultaron negativos por COVID. Ello hace intuir que el contagio bien pudo producirse por los propios familiares y allegados que visitaron al paciente, o por personal del centro, si bien este está sujeto a un estricto protocolo de actuación, sin que existan antecedentes en esas fechas de propagación del virus en ese centro sanitario por deficiencias en el cumplimiento del citado protocolo, que se ha adjuntado por Medicina Preventiva.

Así, cabe recordar que el COVID es un patógeno de alta propagación, siendo evidente la inevitabilidad total de su transmisión, aun cuando se adopten protocolos estrictos al respecto. En ese sentido, cabe

traer a colación la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, de 6 de marzo de 2025 (recurso 836/2022), que recuerda: *“En relación a esta cuestión, por otra parte, y como ya hemos tenido ocasión de exponer en otros casos, el COVID no es un virus hospitalario. El COVID es un patógeno comunitario que se extendió por el conjunto del globo y que ha causado millones de fallecimientos en los últimos años. Desde esta perspectiva, la calificación como nosocomial debe ser, como mínimo, atemperada en relación con lo que han depuesto los peritos que han intervenido que eran las posibilidades reales y en cada momento de evitar esos contagios”*.

Por tanto, las dos premisas en las que se fundamenta la reclamación deben rechazarse, en tanto ni la infección por COVID fue la causa determinante del fallecimiento ni se incumplió protocolo alguno por la falta de aislamiento del paciente, siendo el fatal desenlace el resultado inevitable del linfoma avanzado que padecía, sin perjuicio de las restantes pluripatologías de gravedad que presentaba en su avanzada edad.

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

CONCLUSION

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada por no apreciarse daños antijurídicos derivados de la asistencia sanitaria prestada.

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

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

Madrid, a 10 de junio de 2026

El presidente de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 341/26

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid