

Dictamen n.º: **437/26**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **15.07.26**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 15 de julio de 2026, sobre la consulta formulada por la consejera de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña., por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su padre, D., que atribuye a la deficiente asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario Infanta Leonor, al considerar que falleció por falta de atención, realizándole una eutanasia no consentida, sin recibir la debida información.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El expediente de responsabilidad patrimonial trae causa del escrito, denominado como “*recurso de alzada*”, formulado por la persona citada en el encabezamiento de este dictamen, y presentado el 7 de junio de 2024 en el registro de la Consejería de Presidencia, Justicia y Administración Local. El supuesto “*recurso de alzada*” se interpone contra la contestación, que se dice notificada el 14 de mayo de 2024, de la directora gerente del Hospital Universitario Infanta Leonor al escrito de queja formulado por la reclamante, a través de Portal Salud de la Comunidad de Madrid en el apartado de

Sugerencias, Reclamaciones y Agradecimientos, así como al escrito enviado a través de la Dirección General de Atención al Ciudadano, con fecha de entrada en el Servicio de Atención al Paciente del Hospital Universitario Infanta Leonor el 8 de septiembre de 2023.

Con fecha 10 de junio de 2024, la jefa de la Unidad Técnica de Responsabilidad Patrimonial de la Consejería de Sanidad remite un oficio en el que indica que, dado que la interesada ha puesto de manifiesto su voluntad de solicitar la responsabilidad (daños y perjuicios) de la Administración Sanitaria, y que la respuesta del hospital no constituye una resolución administrativa susceptible de recurso de alzada, cabe calificar el citado escrito como reclamación de responsabilidad patrimonial, requiriéndose a la reclamante para que subsane su reclamación, acompañando la documentación que acredite la relación de parentesco con el finado.

En un nuevo escrito, remitido el 23 de julio de 2024, la reclamante concreta los términos de su pretensión, señalando que, tras la lectura y estudio de la historia clínica del paciente, ha de realizar los siguientes reproches en relación con la atención sanitaria dispensada:

Así, y con respecto al ingreso en Urgencias de fecha 19 de agosto de 2023. se indica que, a pesar de estar su familiar en la zona de pacientes críticos, no se le derivó a la UCI, ni se activó el código sepsis. *“Se oculta en el informe asistencial de urgencias. No se informa a la familia del motivo pese a ser candidato”.*

De igual modo, la reclamante reprocha que no se entregó a la familia el sumario de sucesos de la monitorización del paciente ni el electrocardiograma, y que se intentó enviar en ambulancia al paciente, sin facultativo, inestable y en riesgo vital, a otro centro de cuidados paliativos, a las 5 horas de haber ingresado en Urgencias, negándose la familia al traslado. Además, según se indica, a partir de este

momento la familia ya no recibió más información ni verbal, ni escrita, ni digital, y faltaba también información básica en Urgencias como el electrocardiograma, la tensión arterial seriada, la temperatura o la saturación de oxígeno.

El escrito también recoge que se ocultó que el paciente tenía una sepsis de origen respiratorio, de la que no se informó a la familia, de modo que el facultativo a cargo inició el tratamiento de sepsis, pero no activó el código que obliga a tener unos cuidados especiales con estos pacientes, cuidados que aumentan de manera significativa la supervivencia.

Con respecto a la atención dispensada el 25 de agosto de 2023, la reclamante reprocha que se le dio el alta al paciente con sepsis y sin medicación, ya que no tragaba los antibióticos por vía oral y le retiraron la vía intravenosa. *“La familia se niega al alta”*. Imputa a los facultativos un presunto delito contra la salud pública, pues le dieron el alta y lo remitieron a su residencia sin saber por laboratorio pruebas pendientes para determinar si tenía una enfermedad infecto contagiosa, como la meningitis bacteriana, y sin medidas de ningún tipo, pudiendo haber provocado una epidemia. Por último, se indica que no se informó a la familia de no le iban a reanimar en caso de parada cardíaca.

El escrito se refiere, a continuación, al segundo ingreso en urgencias, el 26 de agosto de 2023, sin medicación, donde *“una vez más no se activa código sepsis ni se envía al paciente crítico según pruebas en historia clínica a la UCI. El cuadro se ha agravado por indicador PCR de 77 a 94 en 24 horas. No se informa a los familiares en ningún momento del estado crítico del paciente. La médico de urgencias refiere, palabras literales, que el paciente no está grave, ya que no tiene afectado ningún órgano vital. Soy testigo de esa afirmación. Se le envía*

durante 15 horas a una sala de pre ingreso con temperaturas gélidas por desajuste del aire acondicionado. Hay que ponerle dos mantas”.

La reclamante continúa relatando que el 27 de agosto de 2023 se le ingresó en la habitación con otro paciente infecto contagioso por vía respiratoria, positivo en COVID-19, sin protección y sin ventilar la habitación durante 12 horas, tras saber el positivo de su compañero de habitación. *“Es su hija la que pide que se desinfecte y se ventile”.*

Refiere que esa noche se le pautaron hasta 5 antibióticos diferentes, a sabiendas de que era alérgico a la penicilina, y la reclamante cuestiona con dureza la atención recibida por una doctora concreta, a la que identifica en su escrito, señalando que su padre, *“a las horas de pautarle todos esos antibióticos entró en el primer shock séptico”.*

En cuanto a la atención dispensada el 29 de agosto, la reclamante reprocha que se siguiera ocultando el diagnóstico del paciente, sin informar de que había sufrido un shock séptico de origen respiratorio ni de la decisión de limitación del esfuerzo terapéutico.

Por lo que respecta al fallecimiento del paciente, el escrito indica que el 30 de agosto de 2023 no se pautaron medidas de confort para reducir el sufrimiento ni cuidados paliativos, de modo que *“en menos de 24 horas presenta un segundo shock séptico de origen respiratorio. No se informa una vez más a la familia. Pese a no tomar ningún tipo de medida el paciente resiste no fallece. Es una persona contratada para pasar la noche con el enfermo no sanitaria la que avisa a la familia de la extrema gravedad del paciente. No se persona personal facultativo en toda la noche unas 12 horas”.* La reclamante alude a una supuesta denegación de auxilio, ya que *“las enfermeras refieren haber informado de la gravedad de muerte inminente al facultativo que no aparece. Se presenta el facultativo justo en el cambio de turno a las 9 am ... Es la familia la que ordena a la enfermera que suba el oxígeno al 100% el*

paciente, se encuentra al 27 %. La enfermera obedece a la familia. El paciente se estaba asfixiando, estaba totalmente cianótico, pero no le ponían oxígeno sólo le aplicaban más nebulizadores y más dosis de antibiótico”.

La reclamante reprocha que se permitió que el paciente tuviera un sufrimiento extremo innecesario, aludiendo a la realización de “una eutanasia sin consentimiento familiar, sin ningún tipo de método científico, ni protocolo establecido. No existe documento firmado según la LO 3/2021, ni autorización verbal”. El escrito recoge que “el facultativo cuando visita al paciente y ve que no se ha muerto hace gestos de desaprobación. Se aplican numerosos bolos de morfina seguidos y rápidos de manera deliberada por el facultativo provocándole esta droga una parada respiratoria súbita. La enfermera no se opone, ya que el paciente no fallecía”.

Por último, manifiesta que la prescripción facultativa de la morfina no coincide con la suministrada por Enfermería al enfermo, que no existe registro de farmacia ni receta firmada por facultativo y que el informe de Enfermería no coincide con el de Medicina Interna.

En definitiva, según se indica, “no se puede maltratar y torturar a un pobre anciano de esta forma tan poco profesional, cruel y deshumanizada”.

La reclamante no cuantifica el importe de su reclamación y adjunta con su segundo escrito una copia del libro de familia y de los respectivos documentos de identidad, el suyo y el del finado (folios 1 a 24 del expediente).

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

El paciente cuenta con 86 años de edad en el momento de los hechos y antecedentes patológicos de alergia a penicilina, hipertensión, dislipemia, fibrilación auricular permanente, psoriasis, síndrome de apnea obstructiva del sueño en tratamiento con presión positiva continua en la vía aérea (CPAP), demencia por cuerpos de Lewy, infartos lacunares y epilepsia con crisis tónico-clónicas.

Su situación basal es de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria y deterioro cognitivo moderado. Vive en una residencia asistida desde julio, precisa dieta con espesante por dificultad para tragar y presenta una úlcera por presión sacra.

En cuanto al tratamiento habitual a fecha 18 de agosto de 2023: *“Aripiprazol 5 Mgr (0-1-0-0), Bisoprolol 2,5 (1/2-0-0-0), Donepezilo 10 (0-0-1), Eliquis 2,5 Mgr (1-0-1-0), Feoxan 400 Mgr (0-0-1/2), Optovite B12 ampollas (cada 15 días) y Pristiq 50 (0-1-0), Eslicarbazepina 200mg /24 horas”*.

El 20 de agosto de 2023 ingresa en el Hospital Universitario Infanta Leonor por crisis comicial (convulsión epiléptica), con neumonía por broncoaspiración e hiperreactividad bronquial. Se inicia tratamiento con antibióticos (levofloxacino, metronidazol) y anticomiciales. Presenta síndrome confusional hipoactivo e hipernatremia (sodio alto en suero) e hipopotasemia (potasio bajo) en probable relación a bajas ingestas. En junio tuvo una 1ª crisis, de inicio desconocido, con progresión a tónico-clónica bilateral, de probable etiología estructural, y se inicia tratamiento con eslicarbazepina 400 mg /24 horas.

Con fecha 25 de agosto de 2023, alta hospitalaria. Clínicamente estable respecto a días previos, mejoría de parámetros analíticos, con reactantes de fase aguda en descenso. Se decide alta a residencia, consensuada con la familia. Saturación basal adecuada y sin nuevas

crisis. Se prescribe tratamiento para la residencia, con antibióticos orales y aerosoles de bromuro de ipratropio y budesonida.

El 26 de agosto de 2023, a las 22:00 horas, reingreso por fiebre y desaturación. Constantes: TA (tensión arterial) 143/100 mmHg, FC (frecuencia cardíaca) 86 lpm, afebril. Auscultación: ronos bilaterales. Radiografía: infiltrados pulmonares. Analítica: ligera elevación de PCR (proteína C reactiva). Diagnóstico: neumonía broncoaspirativa. Se mantiene antibioterapia previa.

Al día siguiente, evolución favorable. Afebril, consciente, colaborador y eupneico (respira con normalidad). Buena saturación con oxígeno nasal a 2 lpm (litros por minuto). Buena tolerancia oral.

El 28 de agosto de 2023 se objetiva persistencia de la fiebre. Se ajusta tratamiento antibiótico a linezolid, clindamicina y aztreonam, junto con broncodilatadores y esteroides sistémicos. El 29 de agosto, antígenos microbianos en la orina positivos a neumococo, por lo que se ajusta tratamiento antibiótico. Diagnóstico: Sepsis de origen respiratorio. Neumonía broncoaspirativa en paciente con deterioro cognitivo. (Antígeno neumococo positivo). Insuficiencia respiratoria parcial. A las 00:33 horas, paciente estable hemodinámicamente, con saturación de oxígeno (Sat O₂) del 96% con gafas nasales a 2 litros por minuto (lpm). Por la mañana, presenta deterioro brusco: hipotensión (TA 88/60 mmHg), Sat O₂ 87% con 2 lpm, bajo nivel de conciencia, ronos sibilancias bilaterales. Se intensifica tratamiento, dieta absoluta y aumento de corticoides. Familiares informados presencialmente del mal pronóstico y de la mala evolución del paciente a pesar del tratamiento activo pautado, entienden la situación.

El 30 de agosto de 2023, desde primera hora, mala evolución. Fiebre de 38,5 °C, saturación O₂ 88% con gafas a 5 lpm. La analítica muestra aumento de leucocitos y proteína C reactiva (PCR). A las 11:00

horas, se inicia perfusión de morfina (cloruro mórfico) para aliviar disnea y sufrimiento, previa información y consentimiento oral de la familia. Se administran dosis adicionales de morfina (13:00 horas) y midazolam (13:30 h). Fallece a las 14:00 horas.

Diagnósticos:

- Sepsis de origen respiratorio. Neumonía neumocócica multilobar de evolución tórpida, a pesar de antibioterapia de amplio espectro.

- Insuficiencia respiratoria hipoxémica secundaria refractaria al tratamiento.

- Inicio de sedoanalgesia ante la ausencia de respuesta al tratamiento, previo consenso con la familia del paciente.

- Ingreso reciente con diagnósticos de crisis comicial, neumonía broncoaspirativa secundaria, insuficiencia respiratoria hipoxémica e hiperreactividad bronquial secundarias.

- *Exitus letalis.*

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

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica del paciente en el Hospital Universitario Infanta Leonor (folios 25 a 139 del expediente).

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 81 de la LPAC, se solicitó el informe del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Infanta Leonor, emitido el 17 de julio de 2024, que relata cronológicamente la atención sanitaria dispensada, e indica que “se

trata de un paciente que presenta una neumonía por broncoaspiración que es dado de alta por buena evolución y estabilidad clínica. Reingresa a las 48 horas por empeoramiento clínico vs nuevo episodio de broncoaspiración.

Inicialmente la evolución es favorable las primeras 72 horas, pero presenta empeoramiento brusco posterior en relación con probable nueva broncoaspiración. Dada la edad y situación basal del paciente no se considera subsidiario de tratamientos agresivos como intubación orotraqueal y ventilación mecánica”.

Por su parte, la Inspección Sanitaria emite informe el 17 de julio de 2025, en el que, tras analizar la historia clínica y los informes emitidos en el curso del procedimiento, así como realizar las oportunas consideraciones médicas, concluye que la asistencia sanitaria dispensada al paciente por el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Infanta Leonor fue adecuada y de acuerdo a la *lex artis*.

Una vez instruido el procedimiento, se confirió trámite de audiencia a la reclamante mediante oficio de 22 de septiembre de 2025, presentando escrito el 13 de noviembre de 2025, en el que se limita a reiterar el contenido de sus anteriores escritos.

Finalmente, el 9 de junio de 2026 se formula propuesta de resolución por la viceconsejera de Sanidad y directora general del Servicio Madrileño de Salud, en la que se desestima la reclamación por no existir evidencia de que la asistencia haya sido incorrecta o inadecuada a la *lex artis* ni concurrir la antijuridicidad del daño que se reclama.

CUARTO.- El 17 de junio de 2026 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid una nueva

solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente 432/26 al letrado vocal D. Francisco Javier Izquierdo Fabre, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 15 de julio 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 indeterminada, 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, iniciado a instancia de parte interesada según consta en los antecedentes, se regula en la LPAC de conformidad con su artículo 1.1, con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP), cuyo

capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4 de la LPAC, en relación con el artículo 32.1 de la LRJSP, en cuanto que familiar (hija) de la persona que recibió la asistencia sanitaria que considera incorrecta, y cuyo fallecimiento le ocasionó un indudable daño moral. Su relación de parentesco ha quedado debidamente acreditada.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, ya que el daño cuyo resarcimiento se pretende se atribuye a la asistencia prestada en un centro público hospitalario de su red asistencial, el Hospital Universitario Infanta Leonor.

En cuanto al plazo para el ejercicio del derecho a reclamar, es de un año contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo (cfr. artículo 67.1 de la LPAC). En este caso, el día inicial del plazo es el del fallecimiento del familiar de la reclamante, el 30 de agosto de 2023, por lo que la reclamación, presentada el 7 de junio del año siguiente, ha sido formulada en plazo legal.

Por lo que respecta al procedimiento, se ha recabado el informe del servicio implicado en el proceso asistencial del padre de la reclamante, y, así, ha emitido informe el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Infanta Leonor. Con posterioridad, ha emitido informe la Inspección Sanitaria, y se ha dado audiencia a la reclamante, quien ha formulado alegaciones en el sentido ya expuesto. Por último, se ha formulado la correspondiente propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación.

Por tanto, debe concluirse que la instrucción del procedimiento ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- Como es sabido, la responsabilidad patrimonial de la Administración se rige por el artículo 106.2 de la Constitución Española a cuyo tenor: *“Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”*. El desarrollo legal de este precepto se encuentra contenido actualmente en los artículos 32 y siguientes de la LRJSP, completado con lo dispuesto en materia de procedimiento en la ya citada LPAC.

La Sentencia del Tribunal Supremo de 25 de mayo de 2016 (recurso 2396/2014) recoge lo siguiente a propósito de las características del sistema de responsabilidad patrimonial:

“(...) el art. 139 de la LRJAP y PAC, establece, en sintonía con el art. 106.2 de la CE, un sistema de responsabilidad patrimonial : a) unitario: rige para todas las Administraciones; b) general: abarca toda la actividad -por acción u omisión- derivada del funcionamiento de los servicios públicos, tanto si éstos incumben a los poderes públicos, como si son los particulares los que llevan a cabo actividades públicas que el ordenamiento jurídico considera de interés general; c) de responsabilidad directa: la Administración responde directamente, sin perjuicio de una eventual y posterior acción de regreso contra quienes hubieran incurrido en dolo, culpa, o negligencia grave; d) objetiva, prescinde de la idea de culpa, por lo que, además de erigirse la causalidad en pilar esencial del sistema, es preciso que el daño sea la materialización de un riesgo jurídicamente relevante creado por el servicio público; y, e) tiende a la reparación integral”.

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

La responsabilidad de la Administración es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión, siendo imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 18 de septiembre de 2017 (recurso 787/2015), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, *“en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria 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, que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, 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. Así pues, sólo en el caso de que se produzca una infracción de dicha lex artis respondería la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos por lo que deberían ser soportados por el perjudicado”.

CUARTA.- Del breve resumen de los presupuestos de la responsabilidad patrimonial incluidos en la consideración jurídica precedente, se deduce que no cabe plantearse una posible responsabilidad de la Administración sin la existencia de un daño real y efectivo en quien solicita ser indemnizado. Pues bien, la existencia del daño de la reclamante está acreditada por el solo hecho del fallecimiento de su familiar, *“daño moral cuya existencia no necesita prueba alguna y ha de presumirse como cierto”* (Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de noviembre de 2004 (recurso 7013/2000) y en similar sentido la Sentencia de 25 de julio de 2003, (recurso 1267/1999).

La existencia de un daño, sin embargo, como ya hemos visto, no es suficiente para declarar la existencia de responsabilidad, por lo que ha de analizarse si concurren los demás requisitos necesarios para apreciarla.

Para determinar la supuesta infracción de la *lex artis* debemos partir de la regla general de que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación, de conformidad con el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil. En este sentido se ha pronunciado la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 4 de mayo de 2018 (recurso 532/2016), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo. Además, hemos de tener presente, como recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en Sentencia de 12 de noviembre de 2018 (recurso 309/2017) que *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios*

probatorios idóneos, como son las pruebas periciales medicas pues se está ante una cuestión eminentemente técnica y como este Tribunal carece de conocimientos técnicos-médicos necesarios debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos. En estos casos los órganos judiciales vienen obligados a decidir con tales medios de prueba empleando la lógica y el buen sentido o sana crítica con el fin de zanjar el conflicto planteado”.

Pues bien, en este caso la reclamante, a quien incumbe la carga de la prueba, no ha incorporado al procedimiento ningún tipo de acreditación de que la atención que le fue dispensada fuera incorrecta o inadecuada, sin que sirvan a este propósito las afirmaciones contenidas en el escrito de reclamación, sin sustento probatorio alguno y que, en ocasiones, son descalificantes en relación con los facultativos mencionados en dicho escrito.

Por el contrario, los informes médicos que obran en el expediente coinciden en señalar que la atención sanitaria se ajustó a los protocolos establecidos y que el fallecimiento del paciente no puede atribuirse a procedimientos realizados en el ámbito hospitalario, sino que se debe a la progresión de su enfermedad, tras años de evolución.

En este sentido, resulta relevante lo informado por la Inspección Sanitaria, dada la importancia que en línea con la jurisprudencia solemos otorgar a su informe, ya que su fuerza de convicción deviene de su profesionalidad, objetividad e imparcialidad respecto del caso y de las partes [así Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 26 de julio de 2018 (recurso 768/2016)]. Pues bien, en este caso, el citado informe no deduce ninguna nota negativa en relación con la asistencia dispensada al interesado.

En este punto, procede tener presente que la asistencia médica ha de atender a las circunstancias y a los síntomas del enfermo, mediante

un juicio *ex ante* y no *ex post*. Así lo ha manifestado el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, entre otras, en Sentencia de 4 de abril de 2017 (recurso 532/2015) según la cual: *«No es correcto realizar una interpretación de lo acontecido conociendo el resultado final. La calificación de una praxis asistencial como buena o mala no debe realizarse por un juicio “ex post”, sino por un juicio ex ante, es decir, si con los datos disponibles en el momento en que se adopta una decisión sobre la diagnosis o tratamiento puede considerarse que tal decisión es adecuada a la clínica que presenta el paciente»*.

Por lo que respecta a la situación basal del fallecido, la Inspección explica que el paciente presentaba una enfermedad neurodegenerativa avanzada, con episodios de broncoaspiración, neumonía recurrente y deterioro progresivo del estado general. En este sentido, la inspectora indica que la demencia conlleva un deterioro progresivo de la autonomía, cognición y funciones vitales y, en fases moderadas, *“puede haber ya una pérdida de juicio, desorientación, dependencia funcional y riesgo de complicaciones, como crisis epilépticas y disfagia”*. De igual modo, la dependencia en residencia *“indica una pérdida significativa de autonomía, lo que refuerza el criterio de enfermedad avanzada”*, y la úlcera por presión sacra que padecía el paciente *“es un signo de fragilidad clínica, inmovilidad y deterioro funcional, frecuente en pacientes en situación terminal o con cuidados prolongados”*.

Los informes médicos obrantes en el expediente también coinciden en afirmar que, tras un ingreso hospitalario inicial con buena evolución, el paciente reingresó a las 36 horas por empeoramiento clínico, con signos de nueva broncoaspiración y disnea severa. La Inspección Sanitaria, al respecto de este segundo ingreso, explica que *“se aplicaron medidas activas de tratamiento: antibioterapia ajustada, oxigenoterapia, broncodilatadores, corticoides sistémicos y soporte nutricional. A pesar de ello, el paciente evolucionó*

desfavorablemente, con disnea intensa, hipoxemia persistente y sufrimiento físico evidente”.

Ante la tórpida evolución, se inicia tratamiento paliativo, una sedoanalgesia paliativa con perfusión continua de morfina y midazolam ya que, como indica el Servicio de Medicina Interna del centro hospitalario *“dada la edad y situación basal del paciente no se considera subsidiario de tratamientos agresivos como intubación orotraqueal y ventilación mecánica”.*

En efecto, la Inspección Sanitaria razona que el perfil clínico del paciente cumple criterios de paciente paliativo, ya que *“presenta una enfermedad crónica, progresiva e irreversible, tiene un alto grado de dependencia funcional y sufre complicaciones asociadas a la inmovilidad y al deterioro general”.*

Respecto al tratamiento paliativo pautado, el Servicio de Medicina Interna explica en su informe que *“dada la mala evolución y sufrimiento físico, junto con el tratamiento activo, se inicia tratamiento sintomático con cloruro mórfico y midazolam en dosis puntuales para disminuir la disnea que no se controla con tratamiento broncodilatador y esteroides. Dado que persisten los síntomas se pauta una sedación paliativa con perfusión continua de estos fármacos para control de la sintomatología y el sufrimiento”,* y la Inspección añade que esta sedoanalgesia paliativa es *“conforme a las recomendaciones clínicas y éticas vigentes. Esta intervención tuvo como único objetivo aliviar el sufrimiento, sin intención de acelerar el fallecimiento”.*

Por otro lado, la reclamante alega de modo constante en su escrito la falta de información a la familia sobre el proceso clínico del paciente.

Al respecto, cabe señalar no sólo que la Inspección Sanitaria concluye en su informe que *“los familiares fueron informados de forma*

presencial y continuada sobre la evolución clínica, el pronóstico y las decisiones terapéuticas adoptadas, incluyendo la indicación de sedación paliativa. Se actuó con transparencia, compasión y respeto a la autonomía del paciente y su entorno”, sino que el mero examen de la historia clínica del paciente corrobora dicha afirmación, siendo constantes las referencias a la información suministrada a la familia. Así, por ejemplo, el 28 de agosto de 2023 consta en la historia clínica la mención a *“familiares informados presencialmente del mal pronóstico y de la mala evolución del paciente a pesar del tratamiento activo pautado, entienden la situación”,* o el 30 de agosto de 2023, fecha en la que consta que *“se inicia perfusión de morfina (cloruro mórfico) para aliviar disnea y sufrimiento, previa información y consentimiento oral de la familia...”*.

Cabe concluir por tanto en que ha habido una atención continua a la familia del paciente durante su estancia hospitalaria, con suministro periódico de información sobre la situación médica, pronóstico, tratamientos a dispensar y finalidad del mismo, por lo que entendemos que tampoco desde este punto de vista cabe formular reproche asistencial alguno al hospital de referencia.

En definitiva, todo lo expuesto ello lleva a la propia Inspección a concluir que *“la actuación médica se ajustó a la lex artis ad hoc, respetando los principios de proporcionalidad, no maleficencia y dignidad del paciente. Se evitó el encarnizamiento terapéutico, entendido como la prolongación artificial de la vida mediante tratamientos fútiles o desproporcionados. La sedación paliativa está reconocida como una práctica ética y legalmente aceptada en el contexto de síntomas refractarios al final de la vida, según el Código Deontológico Médico español (2022)”*.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado la existencia de infracción de la *lex artis ad hoc*.

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 15 de julio de 2026

El presidente de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 437/26

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid