

Dictamen n.º: **306/22**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **18.05.22**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 18 de mayo de 2022, sobre la consulta formulada por el consejero 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. , Dña. y Dña. por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su esposo y padre, D., que atribuyen a un alta indebida en su ingreso por COVID-19 en el Hospital Universitario Severo Ochoa (HUSO).

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El expediente de responsabilidad patrimonial trae causa del escrito de reclamación formulado por un abogado en representación de las personas antes citadas en el encabezamiento de este dictamen, presentado el 30 de diciembre de 2020.

El escrito relata que el familiar de las reclamantes fue ingresado el 30 de marzo de 2020 por neumonía en el HUSO teniendo una evolución tórpida, realizándose el 7 de abril una nueva radiografía que evidenció un empeoramiento. Sin embargo, señalan que, al día siguiente se le dio

el alta hospitalaria sin justificación alguna, encontrándose a la llegada al domicilio muy fatigado, sin apenas poder respirar. En la madrugada del 9 de abril fue ingresado nuevamente hasta su fallecimiento el 17 de abril.

La reclamación, que no cuantifica indemnización alguna, se acompaña de poder notarial, libro de familia e informes médicos de la asistencia recibida.

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

El fallecido, de 71 años en marzo de 2020, presenta como antecedentes personales: fumador de 10 cigarrillos/día (hasta 2018 fumador de 40-60 cigarrillos /día) y exbebedor severo con abstinencia desde 1992. Hipertensión arterial (HTA). Diabetes mellitus (DM) tipo 2. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) tipo enfisematoso en seguimiento por Neumología. Dolor torácico atípico estudiado por Cardiología en el año 2012. Aneurisma de aorta ascendente en seguimiento por cirugía vascular. Colectomía subtotal (octubre 2013) por cáncer de colon estadio II, quimioterapia adyuvante, en seguimiento por Oncología y Cirugía General.

El 29 de marzo de 2020 es trasladado por el SUMMA 112 desde su domicilio al Servicio de Urgencias del HUSO para descartar neumonía ante el aumento de su disnea basal, tos y fiebre. En la exploración crepitantes en campo pulmonar derecho y saturación de O₂ 89%. A su llegada al Servicio de Urgencias del HUSO el paciente refiere que desde hace tres días presenta aumento de su disnea habitual hasta hacerse de mínimos esfuerzos, tos seca, no expectoración, no fiebre. En la exploración frecuencia cardiaca 84 lpm, saturación de oxígeno 94% respirando aire ambiente, T^a 36,9°C, frecuencia respiratoria 16.

Consciente, orientado en las tres esferas, bien hidratado y perfundido, normocoloreado, eupneico en reposo. Auscultación pulmonar normal. Extremidades sin edema. Se realiza analítica completa y radiografía de tórax. En la placa aparecen imágenes en base y campo pulmonar superior del lado derecho, no visibles claramente en radiografía previa de diciembre de 2018, sugerentes de neumonía vírica COVID-19 dado el contexto clínico y epidemiológico. La PCR para COVID-SARS es positiva.

El 30 de marzo de 2020 continúa en el Servicio de Urgencias, subjetivamente se encuentra algo mejor. Afebril. Sat O₂ basal baja en reposo 87-88 %, con oxígeno con gafas nasales a 2 lpm sube a 94 %. Niega dolor torácico o disnea. Eupneico con oxigenoterapia. Buen estado general. PCR 12. Ddímero 0.44.

El 31 de marzo de 2020 permanece en el Servicio de Urgencias. Se mantiene hemodinámicamente estable, consciente, orientado, afebril con buen estado general. Sat de O₂ justas sin oxígeno y del 95% con gafas nasales a 2 lpm. Con la deambulaci3n taquipneico sin tiraje. A las 22 h tiene que ser valorado por el m3dico de guardia por presentar dos intentos de fuga del hospital, el paciente se encuentra desorientado, con cuadro confusional, consciente y muy agresivo. Dada la extrema agresividad y difícil control se procede a contenci3n nivel 1. El cuadro se interpret3 como *“síndrome confusional agudo de origen multifactorial en paciente con insuficiencia respiratoria, pluripatología y enolismo severo previo”*.

El 1 de abril ingresa en la planta de Medicina Interna. Afebril. Consciente y desorientado. Buena Sat O₂ 93-94 % con gafas nasales a 4 lpm y taquipnea sin tiraje.

El día 3 est3 afebril, colaborador y tranquilo. Evoluci3n favorable del estado general. Se levanta a sill3n. Oxígeno con gafas nasales a 5 lpm.

Con fecha 4 de abril, persiste la evolución favorable. Buena saturación de O² con oxígeno con gafas nasales a 6 lpm.

El 7 de abril presenta buena evolución. TA 150/82 mm Hg. Sat O² 95 % con gafas nasales a 3 lpm. Mal control glucémico por lo que se aumenta la dosis de insulina. Descenso de la dosis de dexametasona a 10 mg y se pasa a vía oral. Pendiente de Rx de tórax. Probable alta a domicilio en los próximos días con dexametasona oral y oxigenoterapia. Se realiza Rx de tórax en la que, respecto de la del 29 de marzo, parece identificarse discreto empeoramiento radiológico de la densidad de las opacidades bilaterales destacando la del campo medio pulmonar derecho y base pulmonar izquierda sugerente de afectación vírica (COVID-19) dado el contexto clínico y epidemiológico.

El 8 de abril se realizó gasometría arterial basal Fi O² 21 %, pH 7,49; pO² 64, pCO² 26, HCO³ 19, Sat 92%. Dada la mejoría clínica progresiva de su situación, estado afebril y buenas saturaciones de oxígeno con gafas nasales objetivadas en los últimos días se decide alta.

En el informe de alta consta como diagnóstico principal: neumonía bilobar en el seno de infección COVID-SARS e insuficiencia respiratoria asociada. Otros diagnósticos: EPOC tipo enfisematoso con descenso grave de DLCO. Diabetes mellitus tipo 2, descompensación glucémica asociada a tratamiento esteroideo. Síndrome confusional agudo. Los previos. Se indica como tratamiento: dieta para diabéticos. Aislamiento domiciliario durante 2 semanas tras el alta. Oxigenoterapia domiciliaria con gafas nasales 1.5-2 lpm durante 15 horas/día. Control glucémico antes de De-Co-Ce. Clexane 40 mg vía subcutánea durante 2 semanas. Salbutamol si precisa. Ultibro 1 cápsula inhalada /día. Novonorm 2 mg 1-1-1 durante 5 días, posteriormente seguirá con su pauta habitual 0.5-1-0.5 mg. Acetilcisteína 200 mg 1 comp. desayuno, comida y cena durante 14 días. Resto de su tratamiento habitual.

El paciente es trasladado en ambulancia, llegando al domicilio a las 16:04 h.

El mismo día 8 de abril la hija llama al centro de salud porque su padre antes del ingreso manejaba su medicación y ahora está algo desorientado y no puede hacerlo por sí mismo y ella necesita saber cómo la tomaba. Además refiere saturación de 87 % con oxígeno, aunque le dice que se quita las gafas nasales. El médico le indica que tomen la saturación con el oxígeno puesto y, si baja de 90 % que acuda de nuevo al hospital para valoración.

A la 1:23 h. del día 9 el paciente es nuevamente ingresado en el HUSO, y refiere disnea rápidamente progresiva en domicilio y empeoramiento general, no tos, no dolor torácico. Se objetiva Sat de O² de 88% con gafas nasales a 4 lpm, se pasa a VMask al 31 %. En la exploración TA 145/116 FC 86 lpm. Está orientado en tiempo y espacio. Afebril. Sin trabajo respiratorio, leve bradipsiquia con buena comprensión. No edemas. Sequedad de mucosas. AC rítmica sin soplo. AP MV disminuido globalmente. Abdomen normal. EE no edemas ni signos de TVP. Gasometría arterial FiO² 21 %, pH 7.52, PO² 57 mm Hg, PCO² 28 mm Hg, HCO³ 22. Se pauta tratamiento con corticoides, broncodilatadores y enoxaparina profiláctica.

Ingresa en la planta de Medicina Interna. Intranquilo a ratos. No aumento de la disnea. A las 06h se encuentra agitado y agresivo, se retira en repetidas ocasiones la oxigenoterapia con descenso de las saturaciones a 88 %. Se intenta contención verbal que no es posible por lo que se coloca contención física en 5 puntos y se administra media ampolla de haloperidol IM. Se realiza Rx de tórax, respecto a la radiografía previa, se advierte discreta mejoría radiológica de las opacidades bilaterales predominantes en el campo medio pulmonar derecho y en la periferia del hemitórax izquierdo. Asimismo se encuentra

mejor aireación. Se realiza TAC torácico (protocolo de tromboembolismo) que muestra hallazgos compatibles con afectación pulmonar bilateral por COVID-19, afectando entre el 25 y el 40 % de todo el tejido pulmonar y no se visualizan imágenes sugerentes de tromboembolismo pulmonar

Tras varios días sin cambios significativos, el día 16 sufre empeoramiento respiratorio y neurológico, estuporoso, no responde a la llamada, respuesta al dolor. Deshidratación hipernatrémica a pesar de la reposición electrolítica con sueros. T^a 35.6°C. Frecuencia respiratoria 24 rpm FC 60 lpm Sat O₂ 90 %.

El 17 de abril consta: estuporoso, reacciona al dolor pero no responde a la llamada. Muy taquipneico a 36 rpm, sudoroso y frío. Sat O₂ 80% con gafas nasales a 8 lpm, se pasa a mascarilla con reservorio a 14 litros pasando a saturar a 93 %. Mal estado general. Debido a sensación de sufrimiento, taquipnea y disnea se inicia tratamiento con cloruro mórfico a dosis bajas. Resto del tratamiento sin cambios. A las 15:50 h se avisa al médico de guardia por ausencia de signos vitales y de actividad eléctrica en el ECG certificándose el fallecimiento del paciente. La causa inmediata es parada cardiorrespiratoria y la causa fundamental infección por COVID-19 con afectación pulmonar severa.

TERCERO.- Incorporada al procedimiento la historia clínica del familiar de los reclamantes, 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 del servicio interviniente.

Así, el 28 de enero de 2021 se emitió informe por la jefa del Servicio de Medicina Interna quien refiere respecto al alta objeto de reproche lo siguiente: *“El paciente es dado de alta el día 8 de abril en buena situación clínica como se describe previamente:*

- *Con una gasometría Basal que demostraba leve hipoxemia que se controlaba con el O₂ prescrito.*

- *Sin clínica de Insuficiencia respiratoria, pero prescrito O₂ domiciliario para su convalecencia*

- *Con una radiografía de tórax en la que si bien parece identificarse un discreto empeoramiento radiológico, no concluyente según el informe de radiología, no parece que repercutiera clínicamente. Es importante tener en cuenta que la resolución completa de las neumonías, desde el punto de vista radiológico puede durar más de cuatro semanas, por lo que a la hora de valorar evolución, siempre es el criterio clínico el que prevalece”.*

Y concluye señalando que desgraciadamente todavía no tenemos un tratamiento eficaz para combatir la infección por COVID-19. Lo que sí nos ha enseñado la experiencia de cerca de un año en la lucha contra esta desgraciada pandemia es que, a pesar de los tratamientos empleados, casi todos empíricos o de soporte, es que el factor de peor pronóstico para predecir la evolución de la enfermedad es el cuadro confusional, más aún que la propia insuficiencia respiratoria.

Se ha recabado también informe de la Inspección Médica, que es emitido el 21 de diciembre de 2021. En él, se recoge la historia clínica, se exponen las consideraciones médicas sobre la COVID-19 y los protocolos para su abordaje. Partiendo de ellos, la inspectora considera que la asistencia se ha ajustado a la *lex artis*, refiriendo lo siguiente: “*se puede concluir que la asistencia prestada al paciente durante el proceso asistencial objeto de la reclamación ha sido adecuada. El alta del 8 de abril se ajustó a la situación clínica que presentaba el paciente en ese momento. En la evolución de la infección COVID la presencia de comorbilidades desempeña un importante papel negativo, en el caso de este paciente la existencia de patologías previas como EPOC, diabetes mellitus, HTA, historia oncológica, cardiopatía, supuso un importante*

condicionante para la evolución desfavorable del proceso. El reingreso del paciente se debió a la bajada del oxígeno que se podría atribuir a diversas circunstancias, a la propia evolución del proceso, aunque ni las pruebas de imagen ni la analítica mostraran empeoramiento respecto de las del alta, y/o a la retirada del oxígeno por el propio paciente. El tratamiento administrado durante los dos ingresos ha sido correcto de acuerdo a los protocolos clínicos vigentes. A pesar de ello, como ha ocurrido en otros muchos casos, al tratarse de una grave enfermedad para la que, hasta ese momento, no existía ningún tratamiento efectivo, no ha sido posible evitar el fallecimiento del paciente”.

Sin la práctica de más actos de instrucción, se confiere trámite de audiencia, presentando representante de las reclamantes alegaciones el 1 de febrero de 2022, en la que se ratifica en el escrito inicial.

Finalmente, el 11 de abril de 2022 se formula propuesta de resolución por el viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública, en la que concluye desestimando la reclamación al considerar que no concurren los presupuestos para la declaración de responsabilidad patrimonial.

CUARTO.- El 13 de abril de 2022 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Correspondió 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 18 de mayo de 2022.

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 del consejero 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 ostentan su legitimación activa para reclamar en la condición de perjudicados por el daño moral derivado del fallecimiento de su padre y esposo que se atribuyen a la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Madrileño de Salud, y como titular del derecho a la asistencia sanitaria de la Comunidad de Madrid.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, en tanto que la asistencia reprochada fue dispensada por Hospital Universitario Severo Ochoa de Leganés, perteneciente a 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).

Ante daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo se contará “desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”, lo que equivale a decir que el plazo prescriptivo empieza a correr desde que se tenga conocimiento cabal del daño realmente sufrido, y de su alcance y consecuencias, lo que constituye una aplicación de la teoría de la «*actio nata*», recogida en el artículo 1969 del Código Civil.

En el caso concreto que nos ocupa, el fallecimiento por el que se reclama se produjo el 17 de abril de 2020. Por tanto, la reclamación presentada el 30 de diciembre del mismo año está formulada en plazo.

Entre los trámites seguidos, tal como ha quedado expuesto en los antecedentes de hecho de este dictamen y según exige el artículo 81.1 de la LPAC, se ha recabado informe de los servicios intervinientes. También se ha incorporado el informe de la Inspección Médica.

Igualmente, se ha cumplido con el preceptivo trámite de audiencia exigido en el artículo 82.1 de la LPAC.

Por último, se ha formulado la correspondiente propuesta de resolución, propuesta remitida, junto con el resto del expediente, a la Comisión Jurídica Asesora para la emisión del preceptivo dictamen.

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

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 106.2 de la Constitución Española, 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 su título Preliminar, Capítulo IV, artículos 32 y siguientes, y que, en términos generales, coincide con la contenida en los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, requiere la concurrencia de varios requisitos:

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.

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. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005) y otras 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”*.

Ha destacado esa misma Sala (por todas, en Sentencia de 16 de marzo de 2016, RC 3033/2014), que es el concepto de lesión el que ha

permitido configurar la institución de la responsabilidad patrimonial con las notas características de directa y objetiva, dando plena armonía a una institución como garantía de los derechos de los ciudadanos a no verse perjudicados de manera particular en la prestación de los servicios públicos que benefician a la colectividad, y que ese concepto de lesión se ha delimitado con la idea de constituir un daño antijurídico:

“(...) lo relevante es que la antijuridicidad del daño es que no se imputa a la legalidad o no de la actividad administrativa -que es indiferente que sea lícita o no en cuanto que la genera también el funcionamiento anormal de los servicios- o a la misma actuación de quien lo produce, que remitiría el debate a la culpabilidad del agente que excluiría la naturaleza objetiva; sino a la ausencia de obligación de soportarlo por los ciudadanos que lo sufren. Con ello se configura la institución desde un punto de vista negativo, porque es el derecho del ciudadano el que marca el ámbito de la pretensión indemnizatoria, en cuanto que sólo si existe una obligación de soportar el daño podrá excluirse el derecho de resarcimiento que la institución de la responsabilidad comporta (...). Interesa destacar que esa exigencia de la necesidad de soportar el daño puede venir justificada en relaciones de la más variada naturaleza, sobre la base de que exista un título, una relación o exigencia jurídica que le impone a un determinado lesionado el deber de soportar el daño”.

En concreto, cuando se trata de daños derivados de la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público porque el criterio de la actuación conforme a la denominada *lex artis* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios.

Así, el Tribunal Supremo, en doctrina reiterada en numerosas ocasiones (por todas, la STS de 19 de mayo de 2015, RC 4397/2010) ha señalado 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”.

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 a quien solicita ser indemnizado. En este sentido recuerda la Sentencia de 13 de febrero de 2018 del Tribunal Superior de Justicia de Madrid (recurso 597/2017), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo que *“la existencia de un daño real y efectivo, no traducible en meras especulaciones o expectativas”* constituye el núcleo esencial de la responsabilidad patrimonial traducible en una indemnización económica individualizada, de tal manera que resulte lesionado el ámbito patrimonial del interesado *“que es quien a su vez ha de soportar la carga de la prueba de la realidad del daño efectivamente causado”*.

En el presente supuesto, el fallecimiento del padre y esposo constituye sin duda un daño moral real y efectivo que, en caso de que sea consecuencia de una atención sanitaria inadecuada, revestiría el carácter de antijurídico.

A tal efecto, debe tenerse en cuenta que la carga de la prueba en los procedimientos de responsabilidad patrimonial corresponde a quien reclama sin perjuicio de que se pueda modular dicha carga en virtud del principio de facilidad probatoria. En ese sentido, el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en su Sentencia de 5 de junio de 2017 (rec. 909/2014), recuerda: *“Este Tribunal en la administración del principio sobre la carga de la prueba, ha de partir del criterio de que cada parte soporta la carga de probar los datos que, no siendo notorios ni negativos y teniéndose por controvertidos, constituyen el supuesto de hecho de la norma cuyas consecuencias jurídicas invoca a su favor (por todas, sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 27 de noviembre de 1985, 9 de junio de 1986, 22 de septiembre de 1986, 29 de enero y 19 de febrero de 1990, 13 de enero, 23 de mayo y 19 de septiembre de 1997, 21 de septiembre de 1998), todo ello, sin perjuicio de que la regla pueda intensificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de la buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de la facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil acreditación para la otra (sentencias Tribunal Supremo (3ª) de 29 de enero, 5 de febrero y 19 de febrero de 1990, y 2 de noviembre de 1992”*.

En el caso que nos ocupa, las reclamantes atribuyen el fallecimiento a alta hospitalaria dada el día 8 de abril pese a existir un empeoramiento del estado de salud de su familiar.

Sin embargo, tanto el informe de la jefa de servicio como el de la inspectora médica ponen de manifiesto que la razón de dicha alta estaba en la buena situación clínica, sin insuficiencia respiratoria y con leve hipoxia que se controlaba con el oxígeno pautado, indicando que el hecho de que la radiografía muestre un discreto empeoramiento no es un dato significativo dado que la resolución completa de las neumonías desde el punto de vista radiológico puede durar más de cuatro semanas.

Por tanto, el alta hospitalaria con terapia domiciliaria no puede considerarse injustificada ni contraria a la *lex artis*, máxime si tenemos en consideración la situación excepcional de la pandemia por COVID-19 y el estado confusional que padecía el paciente.

En todo caso, ante el empeoramiento, se produjo un reingreso casi inmediato, pasando en su domicilio escasas horas, en concreto desde la tarde del día 8 de abril a la 1:23 hora del día 9, sin que haya dato alguno del que pueda inferirse la incidencia que el breve periodo que pasó fuera del centro hospitalario, fuese relevante para el fatal desenlace. Este se produjo, como refiere la inspectora médica, como consecuencia de una enfermedad nueva, sin tratamiento efectivo conocido y con una alta mortalidad en esas fechas, especialmente en personas de avanzada edad y con importantes patologías previas como el familiar de las reclamantes.

Por tanto, no cabe considerar acreditado daño antijurídico atribuible a la asistencia sanitaria prestada.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no apreciarse daño antijurídico atribuible al servicio público sanitario.

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 18 de mayo de 2022

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 306/22

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid