

Dictamen nº: **453/22**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **12.07.22**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 12 de julio 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 D. y Dña. y Dña., representados por un abogado, por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su padre y cónyuge D. que atribuyen a una deficiente asistencia sanitaria en el Hospital Universitario La Paz por la COVID-19.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El abogado de los reclamantes presentó un escrito en la Comunidad de Madrid el 15 de marzo de 2021 en el que formulaba una reclamación de responsabilidad patrimonial por el fallecimiento del padre y cónyuge de los interesados en el centro hospitalario citado en el encabezamiento de este dictamen, que atribuía a una asistencia médica defectuosa, falta de medios, error diagnóstico y falta de aplicación de medidas a su alcance.

En concreto, exponía que el familiar de los interesados acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario La Paz por sospecha de

COVID-19, realizándole pruebas, pero sin iniciar ningún tratamiento, y posteriormente sedándolo por entender que era terminal.

El escrito de reclamación destaca que el esposo y padre de los reclamantes falleció por neumonía causada por la COVID-19 el día 16 de marzo de 2020, sin que por parte de los sanitarios que lo atendieron se realizase ningún tratamiento específico, se pusieran respiradores o se acordara su derivación a otro centro hospitalario.

Por lo expuesto, se solicita una indemnización global de 175.000 euros, que se incorpore la historia clínica del paciente fallecido y se anuncia la aportación de un informe pericial médico.

El escrito de reclamación no se acompaña con ninguna documentación (folios 1 a 3 del expediente).

Consta que, a requerimiento del instructor del expediente, los interesados acreditaron su relación de parentesco con el paciente fallecido mediante la aportación de copia del libro de familia, así como la representación que ostentaba el firmante del escrito de reclamación de dos de los reclamantes, la esposa y el hijo, adjuntando copia de la escritura de apoderamiento. Posteriormente, y puesto que no se había acreditado la representación de una de las reclamantes, la hija del paciente fallecido, se requirió para que se subsanara dicha falta con la advertencia, conforme a lo previsto en el artículo 68 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC), que en caso contrario se le tendría por desistido de su petición con respecto a esta última (folios 6 a 27 del expediente). No consta que se diera contestación a dicho requerimiento de subsanación por lo que se acordó el archivo de la reclamación con respecto a la hija reclamante, lo que fue debidamente notificado (folios 54 a 56).

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

El familiar de los reclamantes, de 90 años de edad en el momento de los hechos, presentaba antecedentes de insuficiencia cardiaca en contexto de infecciones respiratorias; trombosis venosa profunda en 2006; fibrilación auricular crónica, con anticoagulación con Sintrom; cardiopatía isquémica; prótesis en ambas rodillas; hipertensión arterial y dislipemia.

El día 14 de marzo de 2020, el padre y esposo de los interesados acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario La Paz. En la anamnesis se hizo constar que era llevado a Urgencias por un cuadro consistente en fiebre, tos y disnea de una semana de evolución. El paciente había presentado un deterioro progresivo del estado general. Al inicio del cuadro se comenzó tratamiento con amoxicilina y posteriormente con amoxicilina-clavulánico desde el día 10 de marzo de 2020, sin presentar mejoría. Desde el día anterior, el paciente había presentado disminución del nivel de consciencia e hiporreactividad. El hijo refirió que su padre había presentado fiebre desde entonces, remitiendo parcialmente con antitérmicos pautados. El hijo negó haber objetivado vómitos o diarrea, o que su padre hubiera referido dolor abdominal, náuseas o disuria. El paciente vivía en domicilio con su esposa, pero asistía a Centro de Día de Plaza de la Remonta donde ha habido casos confirmados de COVID-19.

En la exploración física, el paciente estaba afebril (35 ° C) la tensión arterial era de 125/75 mm Hg, la frecuencia cardíaca 89 lpm, y saturación de O₂ 100% con oxígeno en gafas nasales de 3l/min (Fi O₂ 28%). Presentaba regular estado general. Estaba normocoloreado, normonutrido y taquipneico con uso de musculatura accesoria. Somnoliento. No se mostraba orientado ni colaborador.

Se realizaron como exploraciones complementarias: analítica; radiografía de tórax que mostró opacidades tenues parahiliar y cisural en lóbulo superior derecho y adyacente a vasos pulmonares en campo pulmonar inferior, asociado a opacidades difusas con patrón intersticial con afectación bilateral extensa y cardiomegalia. Con la conclusión de afectación compatible con COVID-19 y PCR COVID con resultado positivo.

Se anotó que se trataba de un paciente con mal pronóstico, comentado con la familia. Se inició tratamiento con paracetamol, antibiótico de amplio espectro (ceftriaxona parenteral), furosemida y fitomenadiona. Se pautó también hidroxiclороquina. Se indicó control de constantes, oxigenoterapia de alto flujo y control de diuresis por turnos.

La evolución fue de empeoramiento respiratorio progresivo con claros signos de fatiga respiratoria e insuficiencia respiratoria refractaria. Se informó a la familia.

Tras el aviso por Enfermería del mal estado general, desorientación y obnubilación, se inició tratamiento de confort con sedación paliativa dada la refractariedad de los síntomas, con midazolam y cloruro mórfico. Se informó a la familia.

A las 0:58 horas del día 15 de marzo de 2020 se produce el exitus. El diagnóstico es neumonía multilobar en relación con COVID-19 e insuficiencia respiratoria aguda.

TERCERO.- A raíz de la formulación del escrito de reclamación, se ha instruido el correspondiente procedimiento de responsabilidad patrimonial con arreglo a la LPAC.

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica del paciente fallecido del Hospital Universitario La Paz (folios 28 a 37 del expediente).

Asimismo, consta en el procedimiento el informe de 5 de julio de 2021 del jefe del Servicio de Medicina Interna del referido centro hospitalario que da cuenta de la gravedad del cuadro que presentaba el paciente que pese al tratamiento evolucionó en pocas horas a parada respiratoria irreversible, sin poder llegar a ingresar en planta de hospitalización como estaba previsto, de modo que toda la asistencia se realizó en el ámbito del Servicio de Urgencias.

De igual modo, obra en el procedimiento el informe de la Coordinación de Urgencias de Adultos del indicado hospital que incide sobre los datos que figuran en la historia clínica examinada y explica que durante el ingreso en Urgencias se realizaron las pruebas complementarias según protocolos vigentes en ese momento y situación de pandemia (analítica y radiografía de tórax) y también se inició tratamiento farmacológico, incluida hidroxiclороquina, según evidencia científica en esos momentos. No obstante, según detalla el informe, el paciente evolucionó con empeoramiento respiratorio progresivo a pesar de las medidas instauradas, con signos claros de fatiga respiratoria e insuficiencia respiratoria refractaria.

El informe de la Coordinación de Urgencias de Adultos añade que, según consta en los evolutivos clínicos realizados, la familia fue informada de la situación y del pronóstico del paciente en todo momento, así como de la necesidad de iniciar sedación paliativa dada la refractariedad de los síntomas que el paciente sufría.

Por último, el informe explica que, según el código de Deontología Médica, en el caso que nos ocupa, el médico prestó una atención médica de calidad humana y científica, intentando la curación o mejoría del paciente y cuando ya no lo fue, permaneció la obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir su bienestar, sin emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza de beneficios para el enfermo, inútiles u obstinadas. Aclara que la sedación

en la agonía es científica y éticamente correcta sólo cuando existen síntomas refractarios a los recursos terapéuticos disponibles, con una información constante por parte de los médicos a la familia para la toma de decisiones consensuadas, como se refleja en la historia clínica.

El 5 de enero de 2022 emitió informe la Inspección Sanitaria en el que concluyó que la asistencia prestada fue ajustada a la *lex artis*. Consideró que el tratamiento que recibió el paciente durante las horas que permaneció en el Hospital Universitario La Paz fue correcto, de acuerdo a los protocolos clínicos vigentes, utilizando los medios técnicos adecuados a su situación, a pesar de lo cual, como ha ocurrido en otros muchos casos, al tratarse de una enfermedad muy grave para la que, hasta ese momento no existía un tratamiento efectivo, no fue posible evitar el fallecimiento.

Incorporados los anteriores informes al procedimiento, el 21 de marzo de 2022 se concedió trámite de audiencia a los reclamantes para que formularan alegaciones y presentaran los documentos que tuvieran por conveniente. No consta que los interesados hicieran uso del trámite conferido al efecto.

Finalmente, el viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública formuló propuesta de resolución el 7 de junio de 2022, en el sentido de desestimar la reclamación formulada, al no ser el daño antijurídico y concurrir la existencia de fuerza mayor.

CUARTO.- El consejero de Sanidad formula preceptiva consulta que tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora el día 9 de junio de 2022, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la letrada vocal Dña. Ana Sofía Sánchez San Millán que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberada y aprobada, en el Pleno de este órgano consultivo celebrado el día 12 de julio 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, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros y a solicitud de un órgano legitimado para ello a tenor del artículo 18.3 del Reglamento de Organización y funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por Decreto 5/2016, de 19 de enero (ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, 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.

Los reclamantes ostentan 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 familiares (cónyuge e hijos) de la persona que falleció por la asistencia sanitaria que considera incorrecta, y cuyo fallecimiento les ocasionó un indudable daño moral. Acreditan su parentesco mediante fotocopia del libro de familia. El hijo y la esposa actúan debidamente representados por un abogado, si bien no se acreditó la representación de la hija, por lo que de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 68 de la LPAC se la tuvo por desistida del procedimiento.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, en cuanto la asistencia sanitaria se prestó por el Hospital Universitario La Paz, centro hospitalario de la red sanitaria pública.

Por lo que se refiere al requisito temporal, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, a tenor del artículo 67.1 de la LPAC que se contará desde que se haya producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas.

En este caso, el día inicial del plazo vendría determinado por el fallecimiento del familiar de los reclamantes el 15 de marzo de 2020, por lo que la reclamación formulada el 15 de marzo de 2021 se ha de entender presentada dentro del plazo legal, con independencia de la suspensión de los plazos de prescripción desde el 14 de marzo de 2020 al 4 de junio de 2020 conforme la disposición adicional 4ª del Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

En cuanto al procedimiento seguido en la tramitación de la reclamación de responsabilidad patrimonial, se observa que en cumplimiento del artículo 81 de la LPAC se ha emitido informe por el Servicio de Medicina Interna y por la Coordinación de Urgencias de Adultos del Hospital Universitario La Paz. También se ha incorporado al procedimiento la historia clínica del paciente fallecido y se ha emitido informe por la Inspección Sanitaria con el resultado expuesto en los antecedentes de este dictamen. Tras ello, se confirió trámite de audiencia a los interesados y se redactó la propuesta de resolución en sentido desestimatorio de la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada.

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 y 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.

Según constante y reiterada jurisprudencia, el sistema de responsabilidad patrimonial presenta las siguientes características: 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.

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 11 de marzo de 2022 (recurso 771/2020), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, *«el hecho de que la responsabilidad extracontractual de las Administraciones públicas esté configurada como una responsabilidad objetiva no quiere decir, ni dice, que baste con haber ingresado en un centro hospitalario público y ser sometido en el mismo al tratamiento terapéutico que el equipo médico correspondiente haya considerado pertinente, para que haya que indemnizar al paciente si resultare algún daño para él. Antes, al contrario: para que haya obligación de indemnizar es preciso que haya una relación de nexo causal entre la actuación médica y el daño recibido, y que éste sea antijurídico, es decir: que se trate de un daño que el paciente no tenga el deber de soportar, debiendo entenderse por daño antijurídico, el producido (cuando) no se actuó con la diligencia debida o no se respetó la lex artis ad hoc.*

En consecuencia lo único que resulta exigible a la Administración Sanitaria "... es la aplicación de las técnicas sanitarias en función del

conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en este tipo de responsabilidad es una indebida aplicación de medios para la obtención de resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente" (STS Sección 6ª Sala C-A, de 7 marzo 2007).

En la mayoría de las ocasiones, la naturaleza jurídica de la obligación de los profesionales de la medicina no es la de obtener en todo caso la recuperación de la salud del enfermo, obligación del resultado, sino una obligación de medios, es decir, se obligan no a curar al enfermo, sino únicamente a dispensarle las atenciones requeridas, según el estado de la ciencia (SSTS de 4 de febrero y 10 de julio de 2002 y de 10 de abril de 2003).

En definitiva, el título de imputación de la responsabilidad patrimonial por los daños o perjuicios generados por el funcionamiento normal o anormal de los servicios de asistencia sanitaria, no consiste sólo en la actividad generadora del riesgo, sino que radica singularmente en el carácter inadecuado de la prestación médica llevada a cabo, que puede producirse por el incumplimiento de la lex artis o por defecto, insuficiencia o falta del servicio.

A lo anterior hay que añadir que no son indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido evitar o prever según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento que se producen aquéllos, de suerte que si la técnica empleada fue correcta de acuerdo con el estado del saber, el daño producido no sería indemnizable por no tratarse de una lesión antijurídica sino de un riesgo que el paciente tiene el deber de soportar y ello aunque existiera un nexo causal.

En la asistencia sanitaria el empleo de la técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido ya que cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si a pesar de ello causó el daño o más bien pudiera obedecer a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente».

CUARTA.- Empezando por el primero de los requisitos antes citados, señalaremos que en el presente supuesto ha quedado acreditado el daño producido a los reclamantes, consistente en el fallecimiento de su familiar que constituye, por sí mismo, un daño moral que -conforme a reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo- no necesita ser acreditado.

Una vez determinado el daño en los términos expuestos, cabe recordar, como hemos reiterado en nuestros dictámenes, que para acreditar la mala praxis que se denuncia han de aportarse medios probatorios idóneos. En este sentido se ha pronunciado, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 8 de abril de 2022 (recurso 1079/2019), cuando señala 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”*.

Los reclamantes se limitan a alegar que su familiar falleció por neumonía causada por la COVID-19, sin que por parte de los sanitarios que lo atendieron se realizase ningún tratamiento específico, se pusieran respiradores o se acordara su derivación a otro centro hospitalario. No han aportado al procedimiento ninguna prueba de sus afirmaciones, pues, aunque el abogado de los reclamantes anunció la presentación de un informe pericial, no ha llegado a incorporarlo al procedimiento.

Así las cosas, habrá que estar a los informes médicos que obran en el expediente que han considerado que la atención dispensada fue la adecuada. En particular, la Inspección Sanitaria destaca en sus conclusiones que la asistencia prestada fue ajustada a la *lex artis*, pues el paciente recibió el tratamiento correcto, de acuerdo a los protocolos clínicos vigentes, utilizando los medios técnicos adecuados a su situación, lo cual sin embargo no evitó el fatal desenlace, tratándose de una enfermedad muy grave para la que en ese momento no existía un tratamiento efectivo.

Como hemos señalado en anteriores dictámenes referidos al fallecimiento por la COVID-19, para valorar un caso como el que nos ocupa, hemos de tener en cuenta los hechos notorios que afectaban a España y al resto del mundo en la época en la que sucedieron los hechos por los que se reclama (marzo de 2020) es decir, la existencia de una pandemia mundial por un virus completamente desconocido hasta entonces y, además, de muy fácil contagio.

En este sentido, la Inspección Sanitaria ha informado en el procedimiento que con el fin de guiar el manejo clínico de los pacientes con COVID-19, el Ministerio de Sanidad fue elaborando unos protocolos para la atención en el ámbito hospitalario, en las unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y en Atención Primaria y Domiciliaria, con un doble objetivo: lograr el mejor tratamiento del paciente que contribuya a su buena evolución clínica; y garantizar los niveles adecuados de prevención y control de la infección para la protección de los trabajadores sanitarios y de la población en su conjunto. En esos protocolos se basaron los que se han ido elaborado la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, revisándolos y actualizándolos.

Por lo que se refiere al mes de marzo de 2020, fecha de los hechos por los que se reclama, el informe de la Inspección recuerda que, aunque existían ensayos clínicos en marcha en España y en el resto del

mundo, no había en ese momento evidencia procedente de ensayos clínicos controlados que permitieran recomendar un tratamiento específico para SARS-CoV-2 y que la información general recogida de los distintos medicamentos era orientativa. Explica que el tratamiento utilizado desde el inicio de la pandemia fue empírico, inicialmente con fármacos antivirales que habían sido efectivos en otras enfermedades víricas, y que se fue modificando con fármacos como la hidrocloroquina, los corticoides o el tocilizumab. Cuando se observó el elevado riesgo trombótico de los pacientes con COVID-19 grave, se indicó tratamiento anticoagulante y el tratamiento antibiótico se pautó desde el comienzo en pacientes con neumonía para prevenir sobreinfección bacteriana. Como aclara la Inspección Sanitaria, a lo largo de estos casi dos años se han publicado resultados de estudios clínicos, en base a los cuales se han ido modificado los protocolos de tratamiento.

En este caso, nos encontramos con un paciente de edad avanzada, pluripatológico, que en el momento que acudió a Urgencias presentaba una insuficiencia respiratoria grave. Según ha informado la Inspección Sanitaria, el síndrome de distrés respiratorio por COVID 19 es una enfermedad de extrema gravedad, con una mortalidad en todas las edades de hasta el 88% y en ese momento no existía ningún tratamiento efectivo para la COVID 19.

La Inspección Sanitaria ha explicado que, en la valoración de la actitud terapéutica del familiar de los reclamantes, se tuvieron en cuenta los criterios de gravedad de la situación clínica, edad del paciente y existencia de comorbilidades, tal y como indicaban los protocolos vigentes sobre manejo de pacientes COVID-19. Se intentó conseguir la mejoría con la administración del tratamiento farmacológico y de oxigenoterapia acorde a los protocolos vigentes, si bien la situación del paciente a su llegada a Urgencias era de extrema gravedad y las posibilidades de que evolucionara favorablemente teniendo en cuenta la edad y situación clínica eran muy reducidas. Ante

la mala evolución y ausencia de respuesta al tratamiento se decidió adoptar las medidas para garantizar el máximo bienestar para el paciente, de lo que se informó a la familia. En palabras de la Inspección Sanitaria, la aplicación o el mantenimiento de acciones diagnósticas o terapéuticas agresivas hubiera supuesto un sufrimiento añadido sin posibilidad de éxito.

Por lo expuesto, siguiendo el criterio emitido por la Inspección Sanitaria, cabe afirmar que el esposo y padre de los reclamantes recibió una asistencia adecuada a su sintomatología y a las circunstancias concurrentes, sin que se omitiese tratamiento médico conocido que hubiera podido revertir la evolución tórpida de la enfermedad ni, por ende, el fallecimiento. En este punto cabe recordar el especial valor que esta Comisión Jurídica Asesora atribuye a la opinión de la Inspección Sanitaria, pues, tal y como recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, así su Sentencia de 24 de mayo de 2022 (recurso 786/2020), *“sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen también un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del Médico Inspector, y de la coherencia y motivación de su informe”*.

En este caso, nos encontramos ante una enfermedad completamente nueva que, en las fechas de la asistencia sanitaria al paciente, alcanzó la consideración de pandemia y que puso en un grado de tensión máxima al sistema sanitario, provocando decenas de miles de fallecidos. Así, estábamos ante una situación excepcional en el que los medios humanos y materiales ordinarios y exigibles no eran suficientes para la atención sanitaria de los numerosos enfermos, lo que hacía necesario una racionalización de esos medios.

Ante este escenario, resulta imposible desvincular un caso como el presente de la situación límite que se experimentó al comienzo de la pandemia, tal y como ha indicado esta misma Comisión Jurídica Asesora, en precedentes ocasiones, como los dictámenes 177/22 y 184/22, ambos de 29 de marzo y el 342/22, de 31 de mayo. Y en igual sentido, el Consejo Consultivo de Andalucía en sus dictámenes 424/21, de 1 de junio y 100/22, de 10 de febrero.

En suma, no se ha acreditado la existencia de una infracción de la *lex artis* por más que lamentablemente la asistencia sanitaria prestada no pudiese salvar la vida al paciente, tal y como, por desgracia, ocurrió en miles de casos en aquellas fechas, principalmente entre personas de avanzada edad, como es el caso del familiar de los reclamantes.

Por todo lo expuesto, la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la presente reclamación al no haberse acreditado 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 12 de julio de 2022

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 453/22

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid