

Dictamen n.º: **578/23**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **24.10.23**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por unanimidad en su sesión de 24 de octubre de 2023, emitido ante la consulta formulada por la consejera de Sanidad al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en relación con la reclamación formulada por Dña., Dña., D., D., D., D. y D. (en adelante, “*los reclamantes*”) por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su madre (Dña.) que atribuyen a una deficiente asistencia sanitaria en el contexto de COVID-19, en el Hospital Universitario Ramón y Cajal.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- La asistencia letrada de los reclamantes presenta, el 27 de diciembre de 2021, un escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial dirigido a la Consejería de Sanidad, por el fallecimiento de la madre de aquéllos, que atribuyen a la deficiente asistencia sanitaria prestada en el Hospital Universitario Ramón y Cajal (en adelante, el hospital) y más en concreto, por no haberla ingresado en la UCI al discriminarla por razón de su edad.

Refieren que la paciente de 84 años, dependiente para las actividades básicas, tuvo que acudir a Urgencias del hospital el día 13 de enero de 2021, por disnea, y que allí manifestó que uno de sus hijos convivientes había resultado positivo por COVID-19 hacía tres semanas

Continuando con el relato fáctico, señalan que se pautó oxigenoterapia, que se le hizo una PCR con resultado positivo en COVID-19; que, pese a la gravedad de su estado, la paciente fue trasladada a planta, ya que *“desde la primera valoración fue descartada para su ingreso en UCI sin que conste en la historia clínica informe que lo justifique”* produciéndose el fallecimiento el día 22 de enero.

Los reclamantes señalan que los cuidados paliativos fueron la única opción que se ofreció a la paciente y que el tratamiento en UCI a otros pacientes contagiados *“que sí recibieron la oportunidad, ha implicado incluso su recuperación a pesar de la edad y comorbilidades asociadas. Sin embargo, en este centro, por las conversaciones mantenidas con diferentes facultativos, el criterio de la edad parecía imponerse por encima de las posibilidades terapéuticas”*.

Consideran que concurren los requisitos de la responsabilidad patrimonial ya que la paciente era beneficiaria de la Seguridad Social y que tenía derecho a la asistencia sanitaria, insistiendo en que fue su edad la causa determinante de que no se la ingresara en la UCI.

Invocan en apoyo de su pretensión, el artículo 14 de la Constitución Española y la jurisprudencia que consideran aplicable, que prohíbe toda discriminación. Alegan que, en los casos como el presente, existen grandes dificultades para conocer el resultado que se habría producido de haberse actuado diligentemente en el hospital, pero que debe aplicarse el principio de facilidad probatoria. Y finalmente, argumentan que se trata de una pérdida de oportunidad

que ha surgido, precisamente, a consecuencia de una infracción de la *lex artis*, por lo que no pueden minorarse las indemnizaciones debidas.

Por ello, invocando la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, sobre reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, solicitan una indemnización total de 467.832,34 € más los intereses, y detallan la cuantía indemnizatoria correspondiente a cada uno de los siete hijos de la fallecida según sus circunstancias personales.

Aportan con su escrito, copia de la inscripción en el registro civil del nacimiento de cada uno de los reclamantes, copia de la inscripción en el registro civil de Badajoz del matrimonio de los padres de los reclamantes, así como documentación médica del hospital, resolución de la condición de minusválido de uno de los reclamantes, resolución de reconocimiento de grado de discapacidad del 69 % de otro de los reclamantes, copia del certificado de empadronamiento, y copia de la declaración del IRPF del ejercicio de 2020 de la fallecida.

SEGUNDO.- En relación con el contenido de la reclamación, la consulta del expediente administrativo ha puesto de manifiesto los siguientes hechos de interés:

1.- El día 13 de enero de 2021 a las 4.11 horas, el familiar de los reclamantes -de 84 años de edad- con los antecedentes de diabetes, hipertensión arterial, varices, y con una prótesis de cadera, acude al Servicio de Urgencias del hospital, por disnea. En la anamnesis refiere que presenta astenia y debilidad de los miembros inferiores de una semana de evolución y desde hace 48 horas disnea de mínimos esfuerzos con escucha de sibilancias, tos sin expectoración y sin fiebre. Manifiesta que un hijo conviviente resultó COVID-19 positivo hace 15 días.

La exploración física constata un mal estado general y taquipnea. Está afebril y no presenta edemas en miembros inferiores. La saturación de oxígeno es al 68 % por lo que se requirió de aporte de oxígeno con reservorio más gafas nasales.

Se le realiza un hemograma y analíticas de sangre y orina, así como una PCR por COVID-19, con resultado positivo. Electrocardiograma: 84 lpm y no objetiva alteraciones significativas. La radiografía de tórax informa de un derrame pleural en el lado izquierdo y se visualizan infiltrados alveolares en todos los campos pulmonares.

A las 4.45 horas, la doctora pauta oxigenoterapia en reservorio, actocortina 200 mg iv, broncodilatadores y el mórfico 2 mg iv. Consta la información a su hija (...) de forma presencial de la situación de gravedad. A las 05:08 horas se anota que, aunque la sospecha principal es de infección por coronavirus, ante la posibilidad de insuficiencia cardiaca se pauta furosemida y control de diuresis. La paciente refiere mejoría de la sensación disneica, con disminución del trabajo respiratorio, saturación 99 % con reservorio > 15 lpm. A las 06:01 horas, la misma doctora reevalúa a la paciente que mantiene saturación al 96 % y se constata un leve deterioro de función renal.

El diagnóstico es de neumonía bilateral compatible con COVID-19 e insuficiencia respiratoria secundaria; hiperpotasemia leve y acidosis metabólica leve. Se inicia cobertura antibiótica con ceftriaxona y se informa a la hija.

Se reevalúa a la paciente a las 09:35 horas y el juicio diagnóstico es neumonía bilateral por Sars-Cov-2 (...). Se cursa el ingreso hospitalario (folios 114 a 120).

2.- A las 12:48 horas del 13 de enero, la paciente queda ingresada en la Unidad de Enfermedades Infecciosas (folios 128 y ss.).

En el evolutivo figura que a las 13:51 horas del 14 de enero, acudieron los facultativos del “*equipo Covid para valorar NO UCI/UCRI*” (folio 143). A las 15:11 horas, el neumólogo de guardia anota “*debido a la edad de la paciente y la comorbilidad y al estado epidemiológico actual no consideramos que esta paciente se beneficie de terapia de soporte respiratorio avanzado*”. Al día siguiente, el equipo COVID valora a la paciente a las 12.36 horas: “*NO UCI/UCRI: desestimada*” e informa a la familia (folio 145).

El 19 de enero, a las 13:05 horas, se constata la evolución desfavorable de la paciente, que además presenta desasosiego, disnea y ansiedad. Aplicación de cloruro mórfico. “*Se explica a la familia el mal pronóstico y se autoriza a visitarla*”.

Hay interconsulta a la Unidad de Cuidados Intensivos que acude para valorar a la paciente a las 13:37 horas. La anotación es “*acompañada de un hijo suyo (discapacitado) y otra hermana que han acudido al hospital tras ser avisados de la gravedad. Mantenemos una reunión con los dos, y la Dra.... de su equipo médico responsable en la que se refuerza la información del diagnóstico, de las medidas terapéuticas tomadas y de la mala evolución a pesar de ello. Se les explica que lo más probable es que la paciente fallezca en poco tiempo. Así mismo, se les explica que no se van a retirar los tratamientos que le puedan beneficiar y se le va a administrar un sedante para aliviar su ansiedad y disnea. Lo entienden y están de acuerdo*”. En consecuencia, se realiza la inducción de sedación paliativa.

En los días posteriores, persiste la evolución desfavorable pese al tratamiento de oxigenoterapia a alto flujo en mascarilla con reservorio y gafas nasales, dexametasona, tocilizumab, antibioterapia y heparina de bajo peso molecular: “*Tras llegar a su techo terapéutico y no presentar mejoría, se solicita valoración por parte del equipo de*

Cuidados Paliativos para control de síntomas. Conjuntamente se decide priorizar el confort de la paciente” (folio 157).

La paciente fallece a las 13:30 horas del 22 de enero de 2021.

TERCERO.- Se ha instruido el procedimiento de responsabilidad patrimonial conforme a la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC).

Así, se ha emitido informe por el Servicio de Neumología el 14 de enero de 2021, en el que se pone de manifiesto que por el Servicio de Enfermedades Infecciosas se solicitó su valoración para el uso de terapias de soporte respiratorio avanzado y que, en ese momento, la paciente recibe oxígeno a través de reservorio (15 litros) más gafas nasales (4 lpm) y mantiene saturaciones del 90-92 %.

En particular, el informante señala que se desestimó el uso de terapias respiratorias avanzadas (ventilación mecánica no invasiva) por los siguientes motivos:

“1. Para pacientes con distrés respiratorio agudo (como esa paciente), las guías de práctica clínica recomiendan la ventilación mecánica invasiva (intubación orotraqueal) en caso de que la paciente tenga indicación de soporte ventilatorio avanzado.

2. Aunque el techo terapéutico de la paciente no fuera la ventilación invasiva, la administración de oxigenoterapia a través del reservorio permitió que mantuviera saturaciones por encima de 90 % en las 19 determinaciones que constan en la historia clínica entre el día del ingreso y el día 19 de enero de 2021, fecha en la que el Servicio de Enfermedades Infecciosas solicita valoración por el Servicio de Medicina Intensiva”.

Así mismo, por el director médico del hospital se emite informe de fecha 11 de marzo de 2022, en el que se responde a la alegación de falta de asistencia en UCI por razón de la edad de la paciente adjuntando el documento titulado *“Recomendaciones éticas para la toma de decisiones difíciles en las Unidades de cuidados intensivos ante la situación excepcional de crisis por la pandemia por COVID-19: revisión rápida y consenso de expertos”*, elaborado por la Sociedad científica (...) de Medicina Intensiva y avalado por 21 sociedades científicas, que se ha aplicado en el hospital como criterio de ingreso en la UCI y en la Unidad de Semicríticos durante la pandemia.

Por último, consta emitido el informe de la Inspección Sanitaria el 22 de marzo de 2023, en el que, tras examinar la historia clínica de la paciente, los informes emitidos y efectuar las consideraciones médicas oportunas con cita de bibliografía, realiza unas consideraciones generales sobre la gravedad y letalidad del COVID-19. Destaca que en esos días (enero de 2021) se produjo en España la llamada tercera ola con un incremento significativo de casos positivos, hospitalizaciones e ingresos en UCI; que *“el principal factor de riesgo asociado con la muerte en pacientes críticos con COVID-19 es la edad avanzada (≥ 64 años. Y que un estudio de más de dos mil pacientes en estado crítico, la edad ≥ 80 años se asoció con un riesgo de muerte 11 veces mayor”*. La inspectora alude también a la comorbilidad como factor determinante de riesgo de mortalidad por COVID-19.

Refiere que, respecto de la actuación del Servicio de Urgencias, habida cuenta del juicio clínico *“de Neumonía bilateral por SARS-COV-2, insuficiencia respiratoria parcial secundaria, fracaso renal agudo. Hiperpotasemia leve y acidosis metabólica leve”* se ingresó a la paciente en la planta de Enfermedades Infecciosas, *actuaciones todas ellas que se consideran propias de una asistencia correcta”*.

Respecto del ingreso o no en la UCI, pone de manifiesto los criterios e indicaciones en la pandemia establecidos detalladamente en el Plan de contingencia y los aplica al caso, reputándolos adecuados. Y concluye que la actuación de los Servicios de Urgencias, Enfermedades Infecciosas y otros servicios del Hospital Universitario Ramón y Cajal entre el 13 y el 22 de enero de 2021 *“NO se considera como mala práctica”*.

Incorporados los anteriores informes al procedimiento, se concede trámite de audiencia a los reclamantes, que presentan escrito de alegaciones el 7 de julio de 2023, abundando en lo ya manifestado y criticando el informe de la Inspección. En particular, insisten en que, tras la aplicación de la oxigenoterapia en Urgencias, la paciente experimentó una mejoría pasando de una saturación del 68 % al 90-92 %, cuando se valoró su derivación o no a la Unidad de Cuidados Respiratorios Intermedios, y que, pese a esta mejoría, se desestimó dicho ingreso. Según refieren, el empeoramiento clínico comenzó al día siguiente de denegarle el acceso a la URCI e inciden en la discriminación por razón de la edad contraria a la Constitución Española.

Finalmente, el viceconsejero de Sanidad y director general del SERMAS formuló propuesta de resolución, de 28 de agosto de 2023, en la que propone desestimar la reclamación, al no haberse acreditado mala praxis en la asistencia sanitaria.

CUARTO.- La consejera de Sanidad formula preceptiva consulta que tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora el día 12 de septiembre de 2023, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos (expediente 518/23) a la letrada vocal Dña. Silvia Pérez Blanco que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberada y aprobada, en el Pleno de la Comisión en la sesión indicada en el encabezamiento del dictamen.

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.

SEGUNDA.- 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 Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP) en cuanto que familiares (hijos) de la persona que falleció por la asistencia sanitaria que consideran incorrecta, y cuyo fallecimiento les ocasionó un indudable daño moral.

Su parentesco con la fallecida ha quedado debidamente acreditado.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, en cuanto la asistencia sanitaria se prestó por un centro hospitalario que forma parte de la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid.

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 22 de enero de 2021, por lo que la reclamación presentada el 27 de diciembre del mismo año, está formulada en plazo legal.

En cuanto al procedimiento, de conformidad con lo establecido en el artículo 81 de la LPAC, se recabó el informe de los servicios a los que los reclamantes achacan la producción del daño. Consta también emitido el informe de la Inspección Sanitaria.

Así mismo, de conformidad con el artículo 82 de la LPAC se ha concedido el trámite de audiencia a los reclamantes que formularon alegaciones. Y, por último, se ha formulado la propuesta de resolución, por lo que todo el procedimiento se ha desarrollado conforme a lo dispuesto en la LPAC.

TERCERA.- El instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración, que tiene su fundamento 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. Actualmente, está desarrollado en las citadas LPAC y LRJSP y exige, según una constante y reiterada jurisprudencia, por todas las Sentencias del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2014 (recurso 4160/2011) y de 21 de marzo de 2018 (recurso 5006/2016), una serie de 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) Ausencia de fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta.

Igualmente, la jurisprudencia exige el requisito de la antijuridicidad del daño que consiste, no en que la actuación de la Administración sea contraria a derecho, sino que el particular no tenga una obligación de soportar dicho daño [así, las Sentencias del Tribunal Supremo 1 de julio de 2009 (recurso 1515/2005) y de 31 de marzo de 2014 (recurso 3021/2011)].

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 Sentencia de 15 de marzo de 2018 (recurso 1016/2016) 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.- Empezando por el primero de los requisitos citados, señalaremos que 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 probado.

Pero la existencia de este daño no es suficiente para exigir responsabilidad patrimonial a la Administración Sanitaria, sino que es preciso que se den el resto de los requisitos.

La reclamación se limita a alegar que su familiar debía de haber ingresado en la UCI (según el escrito inicial) o en la Unidad de Cuidados Respiratorios Intermedios UCRI (según el escrito de alegaciones) y que no fue así simplemente por su edad, sin que según dicen, hubiera criterio o informe médico al respecto.

Antes de analizar dicho reproche, reiteramos que el criterio determinante es el cumplimiento de la *lex artis* como buena práctica médica. La Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de junio de 2008 (recurso 2364/2004) define este concepto: “*un acto médico respeta la lex artis cuando se ajusta al estado de conocimientos de la comunidad*

médica en ese momento y, así, realiza lo que generalmente se considera correcto en el tipo de situación de que se trate”.

Frente a ello, la carga de la prueba de la vulneración de esta *lex artis* corresponde -en principio- a quien reclama la responsabilidad patrimonial conforme lo establecido en el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, teniendo en cuenta lo dispuesto en este precepto legal respecto a la facilidad probatoria, tal y como recuerda la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 14 de diciembre de 2017 (recurso 39/2015). En particular, ante la invocación de mala praxis realizada, es de recordar que *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas”* [Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 8 de abril de 2022 (recurso1079/2019)].

En el caso que nos ocupa, los reclamantes no aportan informe pericial o criterio médico alguno, en virtud del cual pueda relacionarse el fallecimiento de su familiar con la actuación asistencial recibida, por lo que hemos de estar al expediente administrativo, en particular a la historia clínica.

En primer lugar, como viene señalando esta Comisión Jurídica Asesora, hemos de tener presente la grave situación sanitaria y epidemiológica sufrida en la época en la que sucedieron los hechos por los que se reclama (enero de 2021) y que como señala el informe de la Inspección se trataba de la *“tercera ola”* de COVID-19, produciéndose miles de contagios y fallecimientos y con los medios humanos y materiales de los hospitales del sistema sanitario completamente tensionados.

En segundo lugar, los reclamantes no tienen en cuenta ni la edad de la paciente (84 años) que es una circunstancia determinante de la

mortalidad por COVID-19 según se describe por la Inspección Sanitaria, que en concreto cifra en once veces superior. Tampoco consideran los antecedentes de comorbilidad presentes antes de su ingreso y que constan en la historia clínica y ponen de manifiesto los diferentes servicios actuantes.

De hecho, la paciente acude a Urgencias por dificultad respiratoria que manifiesta en la anamnesis de varios días de evolución y muy grave en las últimas 48 horas, y síntomas de COVID-19 que se confirma con la PCR realizada ese día.

Lo reflejado en la historia clínica (antecedente de hecho segundo 1 de este dictamen) constata la gravedad de la situación respiratoria de la paciente al acudir al hospital, con una saturación de oxígeno muy baja (68 %) y que fue correctamente atendida en Urgencias con oxigenoterapia inmediata; después de diversas pruebas y al dar positivo por COVID-19, se acordó su hospitalización a cargo precisamente de la Unidad de Enfermedades Infecciosas.

En adición a ello, el examen de la historia clínica tras la hospitalización pone de manifiesto (antecedente de hecho segundo 2 de este dictamen) que sí hubo una valoración de la paciente y, además, en diversas ocasiones, interviniendo el neumólogo de guardia y los facultativos del llamado “equipo COVID”, que desestiman el ingreso en la UCI/UCRI.

Además, es muy significativa la explicación del director médico en el informe emitido tras la reclamación, y además de adjuntar la guía de criterios e indicaciones aplicada en el hospital, incide en que:

“La consulta al Servicio de Medicina Intensiva, se produjo a los efectos de aplicar sedación a la paciente, no en cuanto al ingreso en UCI/UCRI, puesto que la decisión se adoptó por los profesionales que atendieron a la paciente siguiendo en todo

momento los criterios que establece las recomendaciones de la citada guía”.

Además, el informante alude a las comorbilidades de la paciente, indicando que tiene una escala de Charlson >de 3, por lo que según la tabla 1 y la figura 1 de las recomendaciones señaladas, sería de nivel de prioridad 3 y, por tanto, sin criterio de ingreso en esas Unidades (UCI y Unidad de Semicríticos).

Por tanto, no hubo discriminación por razón de la edad y en contra de lo aducido en la reclamación, de que si se hubiera ingresado a la paciente en la UCI/UCRI la mejoría de la paciente habría continuado, el informe de la Inspección es claro respecto de la gravedad del diagnóstico: neumonía bilateral por SARS-CoV-2, insuficiencia respiratoria secundaria, fracaso renal agudo, hiperpotasemia leve y acidosis metabólica leve que evolucionó a un empeoramiento grave y rápido. La aplicación de las medidas de confort por parte de la Unidad de Cuidados paliativos fue *“tras llegar a su techo terapéutico y no presentar mejoría, se solicita valoración por parte del equipo de Cuidados Paliativos para control de síntomas. Conjuntamente se decide priorizar el confort de la paciente”* (folio 157).

Por todo lo cual, analizado el material probatorio, hemos de poner de manifiesto que no existió la pérdida de oportunidad alegada, por cuanto que previamente no hubo mala praxis médica.

En este punto, es obligada la cita de nuestro dictamen 259/20, de 30 de junio, en el que se indica que no es posible plantear la doctrina de la pérdida de oportunidad sin mala praxis médica, actuación contra protocolos o con omisión de medios, situaciones todas ellas que, en el presente caso han sido descartadas. Decíamos: *«La Sala Tercera del Tribunal Supremo, en las sentencias de 13 de julio de 2005 y 12 de julio de 2007, expresa que “para que la pérdida de*

oportunidad pueda ser apreciada debe deducirse ello de una situación relevante, bien derivada de la actuación médica que evidencie mala praxis o actuación contra protocolo o bien de otros extremos como pueda ser una simple sintomatología evidente indicativa de que se actuó incorrectamente o con omisión de medios”».

En conclusión, compartimos el criterio expuesto por la Inspección Sanitaria de que el familiar de los reclamantes recibió una asistencia adecuada a su sintomatología y a las circunstancias concurrentes, sin que se pudiera revertir la situación ni evitar el fallecimiento.

En este punto cabe recordar el especial valor que esta Comisión Jurídica Asesora atribuye a la opinión de la Inspección Sanitaria, por su especial relevancia en casos como estos, dada su independencia y criterio profesional; tal y como recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, así sus sentencias de 11 de mayo de 2021 (recurso 33/2019) y 7 de octubre de 2021 (recurso 173/2020), o la 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 suma, no se ha acreditado la existencia de una infracción de la *lex artis* por más que la asistencia sanitaria prestada no pudiese salvar la vida a la 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 mala praxis en la asistencia sanitaria.

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 24 de octubre de 2023

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 578/23

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid