

Dictamen nº: **278/21**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **15.06.21**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora, aprobado por unanimidad, en su sesión de 15 de junio de 2021, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo de lo establecido en la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el asunto sobre responsabilidad patrimonial promovido por un abogado, en nombre y representación de D., D. y Dña., por el fallecimiento de su esposa y madre, Dña., que atribuyen a la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario La Paz y en el Hospital de Cantoblanco, en el tratamiento de una enfermedad respiratoria.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 12 de marzo de 2019, el abogado citado en el encabezamiento presenta un escrito en el Registro del Servicio Madrileño de Salud, en el que detalla que la persona por cuyo fallecimiento se reclama se encontraba afectada de hipercolesterolemia y artritis reumatoide erosiva en tratamiento con leflunomida (Arava), prednisona y Arcoxia y que a mediados de febrero de 2018 empezó a padecer un cuadro de fiebre, tos, expectoración y cuadro confusional que motivó que acudiese a su médico de Atención Primaria en el Centro de Salud de Mirasierra, quien tras explorar a la paciente le pautó tratamiento con paracetamol. No obstante, la sintomatología se

incrementó en los días posteriores, llegando incluso a sufrir el día 17 de febrero un 2018 un desvanecimiento que motivó que se demandase la asistencia de una UVI móvil, que tras la exploración recomendó que continuara con el tratamiento inicialmente pautado. Sin embargo, la falta de mejoría de la paciente motivó que sus familiares solicitasen al día siguiente asistencia médica domiciliaria en la que se acordó la inmediata remisión de la misma al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario La Paz.

El escrito de reclamación continúa relatando que en el referido centro hospitalario se realizó una placa de tórax que se informó como *“alteraciones inespecíficas del parénquima pulmonar con aumento de la densidad en base izquierda”* y una PCR del virus de la gripe, con resultado negativo para el Haemophilus influenzae A y positivo para el Haemophilus influenzae tipo B, en base a lo cual se diagnosticó el padecimiento de una gripe B, para la que se pautó tratamiento con Tamiflu, prednisona, ceftriaxona, sin retirar el tratamiento con Arava, y acordándose su inmediata remisión al Hospital de Cantoblanco.

Continuando con el relato fáctico de la reclamación, el escrito refiere que durante el ingreso en el último hospital citado, y a pesar del tratamiento pautado, la paciente continuó siempre aturdida, constatándose la existencia de persistente febrícula, así como progresiva leucocitosis, a pesar de lo cual se le indicó que se iba a proceder al alta hospitalaria, lo que no llegó a producirse, al constatarse un severo incremento de la referida leucocitosis. Subraya que durante el ingreso no se suspendió el tratamiento con Arava a pesar de tratarse de un inmunosupresor.

El escrito de reclamación detalla que el 26 de febrero de 2018 se realizó un nuevo control analítico a la paciente que constató la perseverancia de la leucocitosis, por lo que se realizó una nueva placa de tórax, que verificó la persistencia de infiltrado en el lóbulo inferior

izquierdo, junto a la existencia de crepitantes en base izquierda y la permanencia de la febrícula, lo que hizo sospechar que podía estar padeciendo realmente un proceso neumónico a pesar de lo cual no solo se continuó con el tratamiento con Arava, sino que además se decidió cambiar el tratamiento antibiótico intravenoso inicialmente pautado, ceftriaxona, por un tratamiento antibiótico oral, cefixima, a pesar de su menor eficacia.

Según el escrito de reclamación, el día 2 de marzo de 2018 la paciente sufrió una disminución del nivel de consciencia y al día siguiente, un severo cuadro de hipotensión con importante afectación del estado general que hizo sospechar la existencia de un cuadro séptico de origen respiratorio que motivó su traslado urgente al Hospital Universitario La Paz, donde se le practicó un TAC de tórax que describió imágenes sugestivas de sobrecarga hídrica, que motivaron que se cambiase nuevamente el tratamiento antibiótico pautado. El 4 de marzo sufrió un empeoramiento, y tras la práctica de un TAC craneal, se diagnosticó por el Servicio de Medicina Interna como *“neumonía retrocardiaca con derrame pleural izquierdo paraneumónico. Encefalopatía y síndrome confusional hipoactivo en el contexto de cuadro infeccioso y patología respiratoria. Brote agudo de artritis reumatoide con afección de pequeñas articulaciones de manos”*. A partir de ese momento la tórpida evolución de la paciente motivó que se ingresara a la misma en la UCI el día 6 de marzo como consecuencia del aumento de la insuficiencia respiratoria padecida que obligó a tener que proceder a su intubación y que acabase desarrollando un fallo multiorgánico secundario a la sepsis padecida que precipitó su fallecimiento el día 12 de marzo de 2018.

En virtud de todo lo expuesto, realizan los siguientes reproches:

- La radiografía de tórax realizada a la paciente en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario la Paz el día 18 de febrero de

2018 ya constataba la existencia de un proceso neumónico en el lóbulo inferior izquierdo que no fue detectado y que motivó que se le diagnosticase el padecimiento de una gripe B, pautándose un tratamiento insuficiente y que se acordase la derivación al Hospital de Cantoblanco, en lugar de dejarla ingresada en el Hospital Universitario La Paz en donde poder recibir la exhaustiva asistencia y control médico que la grave patología infecciosa respiratoria padecida requería.

- La paciente estaba en tratamiento con Arava, fármaco inmunosupresor que debilita las defensas de la paciente y cuya ficha técnica ya establece la necesidad de su inmediata supresión e incluso lavado-eliminación cuando el paciente desarrolla un proceso infeccioso respiratorio como en este caso y que de forma absolutamente injustificada no se llegó a retirar, condicionando así la tórpida evolución del proceso neumónico padecido por la paciente hasta acabar desencadenando su fallecimiento.

- Un deficiente control del tratamiento antibiótico pautado a la paciente, lo que motivó un injustificado cambio del mismo a lo largo de los días que repercutió de forma directa en la mala evolución, sin estar justificado el cambio en la administración de los mismos por vía intravenosa a vía oral, a pesar de estar acreditada la menor eficacia de la vía oral frente a la vía intravenosa.

Por todo ello, se reclama una indemnización en cuantía que no se concreta, en espera del examen de la historia clínica completa de la paciente.

El escrito de reclamación se acompaña con un documento privado por el que los interesados confieren su representación al abogado firmante del escrito de reclamación (folios 1 a 15 del expediente).

Consta en el expediente que a requerimiento del instructor del procedimiento se requirió a los interesados para que acreditaran el parentesco con la paciente por cuyo fallecimiento se reclama, lo que fue subsanado por los reclamantes mediante la aportación de copia del libro de familia y el DNI de los interesados de los que resulta que la paciente era la esposa y madre de los reclamantes.

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

La esposa y madre de los reclamantes, de 79 años de edad en la fecha de los hechos, contaba con antecedentes de hipercolesterolemia, cierto deterioro cognitivo desde hacía un año y artritis reumatoide tratada con Arava, Arcoxia y corticoides.

El 16 de febrero de 2018 acude al Centro de Salud Mirasierra por presentar un cuadro de tos con algo de expectoración, sin fiebre. El médico de Atención Primaria realiza la exploración y anota una saturación de oxígeno de 97%, auscultación pulmonar normal y faringe hiperémica. Con el juicio clínico de faringitis aguda, prescribe paracetamol y Fluimucil.

El 18 de febrero de 2018 se avisa al SUMMA 112 para que acuda al domicilio de la paciente por presentar mareo recurrente, polialgias, desorientación, fiebre, flemas y síncope el día anterior. En la exploración muestra vías aéreas permeables, respiración y auscultación pulmonar normal, saturación de oxígeno del 98%, pulsos periféricos normales, auscultación cardíaca rítmica y tensión arterial 110/60. Se realiza exploración neurológica que muestra a la paciente consciente, pupilas reactivas, Glasgow de 14 (normal) y ausencia de focalidad neurológica. Se emite el juicio clínico de síndrome confusional agudo y se remite a la paciente al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario La Paz para valoración y seguimiento.

A las 17:00 horas del día 18 de febrero la paciente es atendida en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario La Paz al presentar fiebre (38°), mal estado general, expectoración y cuadro confusional de 3 días de evolución. Se anota que el marido está ingresado por gripe B en el Hospital de Cantoblanco. También consta el tratamiento habitual de la paciente (prednisona, Arava, Arcoxia y diversas vitaminas). A la exploración se aprecia temperatura de 37,1°C, tensión arterial de 130/78, saturación de oxígeno del 98% y exploración respiratoria, cardiocirculatoria, abdominal y neurológica normal. Se realiza analítica (bioquímica y gasometría venosa) que muestra ligeras alteraciones (pocos linfocitos, plaquetas bajas, proteína C reactiva elevada y fibrinógeno elevado). También se realiza radiografía de tórax que muestra signos de osteopenia y arteriosclerosis. A nivel pulmonar se consignan alteraciones inespecíficas del parénquima y un dudoso aumento de densidad en base izquierda. Finalmente se realiza PCR para virus respiratorio sincitial, gripe A y gripe B, dando positivo para virus Influenza B. Con el diagnóstico de “*infección respiratoria por virus de la gripe B*”, se prescribe tratamiento con Tamiflu y se remite a la paciente a la Unidad de Geriatria del Hospital de Cantoblanco, donde ingresa a las 22:00 horas de ese mismo día con buen estado general, sin dolor ni disnea, consciente y desorientada en tiempo y espacio, con el diagnóstico de infección por virus respiratorio tipo B e imagen radiológica de un dudoso infiltrado basal en pulmón izquierdo, por lo que se le administra, además de oseltamivir (antivírico), dos antibióticos: ceftriaxona y levofloxacino.

En el evolutivo consta que, al día siguiente del ingreso, la familiar de los interesados tiene buen estado general, si bien el 20 de febrero presenta una saturación de oxígeno del 96%. El 21 de febrero sigue con tos y expectoración; fiebre de 37,1°C, igual saturación y además presenta un brote de artritis reumatoide. La analítica muestra una Proteína C reactiva de 147 y 17.000 leucocitos y se decide aumentar la prednisona. El 22 de febrero la paciente presenta buen estado general

por lo que se plantea posible alta al día siguiente si la analítica estuviera bien. El 23 de febrero sigue con buen estado general, pasea, está sin fiebre y se aprecia descenso de la Proteína C reactiva, pero ha aumentado la leucocitosis. Consta que se informa al hijo de que, aunque clínicamente la paciente está bien, analíticamente persisten signos de infección. Se pauta repetir la analítica en dos días.

El 26 de febrero la madre y esposa de los interesados sigue con fiebre, con buen estado general; la inflamación articular ha mejorado, pero la leucocitosis se mantiene elevada, aunque se considera reactiva. Se decide cambiar los antibióticos de administración intravenosa a oral.

El 27 de febrero la paciente presenta algo de tos y dolor de manos, pero sin inflamación; la saturación basal de oxígeno es del 95%. Se realiza Rx de tórax que muestra una pequeña infiltración en segmento de lóbulo inferior izquierdo. Se alcanza el juicio clínico de neumonía del lóbulo inferior izquierdo como complicación de gripe B. Consta que se informa a la familia.

Los días siguientes la familiar de los interesados se mantiene estable y continua en tratamiento hasta que el 2 de marzo presenta un cuadro de disminución del nivel de consciencia, sensación de inestabilidad y fluctuación llamativa de la tensión arterial. Se anota que los familiares refirieron episodios anteriores similares. Se realiza ECG con resultados normales y una analítica urgente que muestra una pO_2 de 70,5, 69.000 plaquetas, leucocitosis de 36.500 con un 89,4% de neutrófilos, PCR de 99 y aumento de lactato. Se anota mala evolución de una neumonía del lóbulo inferior izquierdo en paciente inmunodeprimida. Se consigna como plan terapéutico “*suspender Arava: infección no controlada y trombopenia*”. Se cambia el tratamiento antibiótico a vancomicina y meropenem.

El 3 de marzo consta que la paciente ha empeorado, con cuadro de hipotensión, leucocitosis, disnea e inestabilidad hemodinámica, lo que hace sospechar de un cuadro distributivo y sepsis de origen respiratorio en paciente inmunodeprimida por lo que se solicita su traslado al Hospital Universitario La Paz, ingresando en el Servicio de Urgencias, donde tras examinarla y valorarla se consigna que presenta hipotensión con mala tolerancia a la fluidoterapia, anotándose como diagnóstico principal: *“neumonía retrocardiaca con derrame pleural izquierdo paraneumónico y brote agudo de artritis reumatoide con afectación de pequeñas articulaciones de las manos”*. Tras ser valorada por los intensivistas, se descarta el ingreso en la UCI.

Se realiza TC de arterias pulmonares que muestra signos de sobrecarga hídrica/hipertensión pulmonar y descarta presencia de tromboembolismo pulmonar. Se emite el juicio clínico de *“cuadro de infección respiratoria con insuficiencia respiratoria aguda y de insuficiencia cardíaca aguda y derrame pleural bilateral”*. La paciente ingresa a cargo del Servicio de Medicina Interna.

El 4 de marzo la paciente es valorada, a petición de sus familiares, por el Servicio de Medicina Interna sospechándose un cuadro confusional hipoactivo en el contexto del proceso infeccioso de base. Se solicitan analíticas. A las 20:00 horas de ese día presenta un episodio de desviación de la mirada y movimientos de boca y brazos que obliga a descartar infección en el sistema nervioso central, por lo que se practica punción lumbar, obteniéndose líquido claro. Las analíticas muestran anemia ligera, leucocitosis de 33.800 con un 94,8% de neutrófilos y 75.000 plaquetas. También se realiza TC craneal que muestra atrofia córtico-subcortical difusa y posible leucopatía isquémica de pequeño vaso. Se solicita interconsulta al Servicio de Neurología que confirma la presencia de encefalopatía y síndrome confusional hipoactivo en contexto de cuadro infeccioso y patología respiratoria.

El día 5 de marzo se realiza un TC de cuello, tórax y abdomen con contraste intravenoso apreciándose un escaso derrame pleural y afectación pulmonar parenquimatosa bilateral en vidrio deslustrado que ha progresado significativamente desde el control previo, de posible origen infeccioso o inflamatorio. El resto de órganos no muestra patología relevante.

El 6 de marzo, el Servicio de Medicina Interna solicita el traslado de la paciente a la UCI, por una sepsis respiratoria nosocomial con mala evolución pese a soporte hidroelectrolítico y tratamiento antibiótico. Se comenta la posibilidad de neumopatía por broncoaspiración derivada de disfagia y episodios de atragantamiento y tratamiento con corticoides al no poderse descartar una neumonitis inflamatoria postviral en paciente predispuesto.

La madre y esposa de los reclamantes ingresa en la UCI con el diagnóstico de shock séptico de origen pulmonar con insuficiencia respiratoria secundaria y coagulopatía por sepsis. Se consigna además insuficiencia cardíaca congestiva descompensada que se trata con diuréticos.

El 7 de marzo se retira la vancomicina y amikacina para evitar nefrotoxicidad, manteniendo meropenem y antifúngico.

El 8 de marzo continua inestable y se consigna que impresiona como probable posibilidad una neumonitis intersticial por leflunomida (Arava). Al día siguiente presenta tendencia a la hipotonía, situación hemodinámica similar y fracaso renal. Se informa a la familia de la gravedad de la situación.

El 10 de marzo se retira la sedación para mejorar la oxigenación. La evolución posterior es desfavorable, falleciendo el 12 de marzo.

TERCERO.- Presentada la reclamación se inició el procedimiento de responsabilidad patrimonial al amparo de lo dispuesto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

Consta en el expediente la historia clínica de la paciente del Centro de Salud Mirasierra, del Hospital Universitario La Paz y del Hospital de Cantoblanco (folios 36 a 380 del expediente).

Asimismo, figura en el procedimiento el informe de 30 de mayo de 2019 del director del Centro de Salud Mirasierra en el que se explica que la última anotación que figura en la historia clínica relativa a la familiar de los reclamantes es la relativa al día 16 de febrero de 2018 por una faringitis aguda con saturación normal, siendo vista por una facultativa que a la fecha del informe ya no presta sus servicios en el referido centro de salud.

Obra en el expediente que el 8 de julio de 2019 los interesados presentaron un escrito en el que cuantificaron el importe de la indemnización solicitada en una cantidad superior a 150.000 euros, sin mayor concreción.

El día 26 de julio de 2019 emite informe el jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario La Paz, en el que tras mencionar brevemente los datos de la asistencia sanitaria dispensada a la madre y esposa de los reclamantes, explica que la infección por el virus de la gripe B en pacientes inmunodeprimidos, como en el caso que nos ocupa, comporta una especial gravedad con desarrollo de un cuadro de neumonitis vírica, sobreinfección bacteriana secundaria y, eventualmente, sepsis grave, shock séptico y *exitus*. El informe añade que en el caso de la paciente fallecida se adoptaron las medidas diagnósticas y terapéuticas suficientes y adecuadas, dada la situación clínica en cada momento, incluido el ingreso en la UVI, aunque lamentablemente la evolución final no pudo evitarse pese a todas las

medidas de tratamiento adoptadas.

Asimismo, se ha incorporado al procedimiento el informe del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario La Paz en el que se explica, en primer lugar, en relación con la radiografía de tórax realizada a la paciente, que la misma fue valorada e informada por un facultativo especialista en Radiología siendo correcta y, coincidiendo con los datos aportados por la anamnesis, la exploración física y la analítica, determinando el diagnóstico de infección respiratoria y el tratamiento instaurado fue con oseltamivir (Tamiflu) para la infección vírica confirmada microbiológicamente y con ceftriaxona (tratamiento empírico con antibiótico de amplio espectro) para posible infección bacteriana asociada. En segundo lugar, en cuanto a la no retirada del fármaco Arava, el informe señala que, tras revisar el tratamiento pautado en el Servicio de Urgencias, se comprueba que se inicia la terapia para la patología aguda que le condiciona acudir a Urgencias y la paciente no recibe tratamiento con leflunomida (Arava R). Por último, en cuanto al deficiente control del tratamiento antibiótico pautado a la paciente, el informe expone que, en el Servicio de Urgencias, desde el primer momento, se inicia tratamiento antibiótico de amplio espectro empírico endovenoso.

Posteriormente, se ha incorporado al procedimiento el informe de la Inspección Sanitaria que, tras analizar los antecedentes del caso y los informes emitidos en el curso del procedimiento, así como realizar las correspondientes consideraciones médicas, concluye que *“no existe evidencia de que la atención prestada haya sido incorrecta, inadecuada o negligente”*. Considera que el personal sanitario que atendió a la paciente, siguió siempre los procedimientos más adecuados a su estado clínico aplicando todos los medios diagnósticos y terapéuticos disponibles en relación con la patología que presentaba y la evolución de su proceso.

Concluida la instrucción del expediente, se confirió trámite de audiencia a los reclamantes. No consta que los interesados formularan alegaciones en el trámite conferido al efecto (folios 391 a 394).

Finalmente, el 5 de octubre de 2020 se formuló propuesta de resolución en el sentido de desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado mala praxis en la asistencia sanitaria dispensada a la madre y esposa de los reclamantes.

Remitido el expediente a esta Comisión Jurídica Asesora, el Pleno de este órgano consultivo aprobó el Dictamen 517/20, de 17 de noviembre, en el que se concluyó que procedía retrotraer el procedimiento para que se recabase el informe del Hospital de Cantoblanco, puesto que los interesados centraban sus reproches no solo en la asistencia sanitaria dispensada por el Hospital Universitario La Paz sino también en la de dicho centro hospitalario, al que imputaban una actuación contraria a la *lex artis* al no haber retirado el tratamiento inmunosupresor que estaba recibiendo su familiar, así como al haber administrado un inadecuado tratamiento antibiótico.

Además, se consideró que debía recabarse el informe del Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Universitario La Paz, puesto que los interesados denunciaban que en la radiografía de tórax realizada a la paciente el día 18 de febrero de 2018 ya constaba la existencia de un proceso neumónico, que sin embargo no fue detectado. Señalamos que este reproche había sido contestado de manera muy somera por el Servicio de Urgencias del referido centro hospitalario, que es el servicio que pautó dicha prueba, y que tampoco el informe de la Inspección Sanitaria, cuyo valor por su objetividad, imparcialidad y profesionalidad solemos destacar en nuestros dictámenes, analizaba en profundidad esa queja de los reclamantes.

Por otro lado, al no haberse acreditado debidamente la

representación por el firmante del escrito de reclamación, se dijo en el dictamen que debía recabarse la oportuna acreditación.

CUARTO.- Una vez recibido el citado Dictamen 517/20, de 17 de noviembre, consta en el expediente que se realizaron los siguientes trámites:

El 10 de diciembre de 2020 emite informe el jefe del Servicio de Radiología del Hospital Universitario La Paz que se limita a reproducir el resultado de las pruebas radiológicas realizadas a la paciente los días 18 y 26 de febrero de 2018 y 3 de marzo de 2018, sin mayor explicación.

El 17 de febrero de 2021 el Hospital Universitario La Paz vuelve a remitir el informe de 26 de julio de 2019 del Servicio de Medicina Interna del citado centro hospitalario, que ya obraba en el expediente examinado, en contestación al requerimiento de nuestro Dictamen 517/20 relativo a que se recabase el informe del Hospital de Cantoblanco.

Recabado nuevo informe de la Inspección Sanitaria, el 25 de febrero de 2021 el médico inspector se ratificó en el anteriormente emitido, no considerando necesario ampliarlo o modificarlo.

Tras los mencionados trámites se confirió trámite de audiencia a los interesados. Consta en el procedimiento que el 25 de mayo de 2021 formularon alegaciones en las que insistieron en los términos de su reclamación inicial. Incidieron en el error de diagnóstico, a raíz de las pruebas radiológicas realizadas los días 18 y 26 de febrero de 2018, y en la que consideran inadecuada asistencia en el Hospital de Cantoblanco respecto al tratamiento antibiótico administrado y la no retirada del inmunosupresor que tenía pautado la paciente.

Finalmente, el 21 de mayo de 2021 se dicta propuesta de resolución en la que se considera desestimar la reclamación al no haberse acreditado infracción de la *lex artis* en la actuación tanto del Hospital Universitario La Paz como del Hospital de Cantoblanco.

QUINTO.- El 27 de mayo de 2021 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 formulada sobre la asistencia sanitaria dispensada a la familiar de los reclamantes.

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente a la letrada vocal Dña. Ana Sofía Sánchez San Millán 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 junio de 2021.

A la vista de estos antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid emite su dictamen preceptivo de acuerdo con el artículo 5.3.f a) de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, según el cual: “3.*En especial, la Comisión Jurídica Asesora deberá ser consultada por la Comunidad de Madrid en los siguientes asuntos (...) f) Expedientes tramitados por la Comunidad de Madrid, las entidades locales y las universidades públicas sobre: 1º Reclamaciones de responsabilidad patrimonial, cuando la cantidad reclamada sea igual o superior a 15.000 euros o cuando la cuantía sea indeterminada*”.

En el caso que nos ocupa, los interesados han cifrado la cuantía de la indemnización que reclaman en una cantidad superior a 15.000 euros, por lo que resulta preceptivo el dictamen de este órgano consultivo.

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada, según consta en los antecedentes, ha de ajustarse a lo dispuesto en la LPAC.

Como ya dijimos, los reclamantes, hijos y esposo de la paciente fallecida, ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), en cuanto sufren el daño moral que provoca el fallecimiento de su familiar. Se ha acreditado debidamente la relación de parentesco que ligaba a los interesados con la fallecida mediante copia del libro de familia.

Ahora bien, según señalamos en el Dictamen 517/20, resulta del expediente que los reclamantes actuaron en el procedimiento representados por un abogado, si bien el firmante del escrito de reclamación no había acreditado debidamente la representación que ostentaba de los interesados, al haber aportado un documento privado firmado por estos.

Debemos insistir en que la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración es una solicitud de inicio de un procedimiento, razón por la cual si una persona actúa en nombre y representación de otra debe aportar poder suficiente para ello conforme el artículo 5 de la LPAC, cuyos apartados 3 y 4, señalan lo siguiente:

“3. Para formular solicitudes, presentar declaraciones responsables o comunicaciones, interponer recursos, desistir de acciones y renunciar a derechos en nombre de otra persona, deberá acreditarse la representación. Para los actos y gestiones de mero trámite se presumirá aquella representación.

4. La representación podrá acreditarse mediante cualquier medio válido en Derecho que deje constancia fidedigna de su existencia.

A estos efectos, se entenderá acreditada la representación realizada mediante apoderamiento apud acta efectuado por comparecencia personal o comparecencia electrónica en la correspondiente sede electrónica, o a través de la acreditación de su inscripción en el registro electrónico de apoderamientos de la Administración Pública competente”.

No consta en el expediente examinado que, tras la advertencia efectuada en nuestro anterior dictamen, se haya recabado la acreditación de la representación del firmante del escrito de reclamación *“mediante cualquier medio válido en Derecho que deje constancia fidedigna de su existencia”*.

No obstante, puesto que no se puede hacer pechar a los reclamantes con el improcedente actuar de la Administración al no recabar la subsanación del defecto advertido, y, por otro lado, dado que como se dirá después, procede una nueva retroacción del procedimiento, deberá requerirse a los interesados para que la representación se acredite en forma adecuada.

La legitimación pasiva resulta indiscutible que corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que la asistencia sanitaria reprochada se prestó por el Hospital Universitario La Paz y por el Hospital de Cantoblanco, centros sanitarios integrados en la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid.

En cuanto al plazo, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, a tenor del artículo 67.1 de la LPAC, tienen un plazo de prescripción de un año desde la producción del hecho que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo, que se contará, en el caso de daños de carácter físico o psíquico, desde la curación o la fecha de determinación del alcance de las secuelas.

En este caso, en el que se reclama por el fallecimiento de la madre y esposa de los interesados, lo que aconteció el 12 de marzo de 2018, dicha fecha constituye el *dies a quo*, por lo que cabe considerar que la reclamación interpuesta el 12 de marzo de 2019 se ha formulado dentro del plazo legal.

TERCERA.- En cuanto al procedimiento seguido en la tramitación de la reclamación de responsabilidad patrimonial, se observa que con anterioridad a nuestro Dictamen 517/20, se incorporó al expediente la historia clínica de la paciente fallecida y en cumplimiento del artículo 81 de la LPAC se emitió informe por el Servicio de Medicina Interna y por el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario La Paz. Asimismo, se recabó el informe de la Inspección Sanitaria con el resultado expuesto en los antecedentes de este dictamen.

Tras el mencionado Dictamen 517/20, se ha incorporado al expediente el informe del Servicio de Radiología del Hospital Universitario La Paz. En cuanto al informe del Hospital de Cantoblanco solicitado por esta Comisión Jurídica Asesora, se ha remitido de nuevo el informe del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario La Paz, que ya obraba en el procedimiento examinado. Tras ello se recabó nuevo informe de la Inspección Sanitaria que se ratificó en el anteriormente emitido, no considerando necesario ampliarlo o modificarlo. De igual modo, se confirió trámite de audiencia a los interesados que insistieron en sus reproches y en la

falta de respuesta a los mismos. Por último, se formuló propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada.

La tramitación expuesta tras nuestro Dictamen 517/20 es claramente insuficiente a los efectos de que esta Comisión Jurídica Asesora pueda entrar a examinar el fondo de asunto. Así, sorprende que tras considerar este órgano consultivo que resultaba necesario que se recabara el informe del Hospital de Cantoblanco, la instrucción haya consistido en incorporar un informe que ya obraba en el expediente examinado y que, en consecuencia, ya fue calificado como insuficiente para responder a los reproches efectuados por los interesados respecto a la retirada del inmunosupresor a su familiar y el tratamiento antibiótico pautado, pues dicho informe, de apenas dos párrafos, no examina las cuestiones controvertidas. Si bien puede admitirse que el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario La Paz informe sobre cuestiones que atañen al Hospital de Cantoblanco, que depende de dicho hospital (sin perjuicio de que sería mas apropiado contar con la versión de quién está mas cercano a los hechos cuestionados), resulta de todo punto inaceptable que advertidas, por el dictamen de esta Comisión Jurídica Asesora, las cuestiones que debían obtener contestación en el expediente, la respuesta consista en la remisión de un informe ya obrante en el expediente y de la parquedad que hemos mencionado.

El informe del servicio causante del daño no responde a un capricho de este órgano consultivo, sino que además de ser una exigencia legal impuesta por el artículo 81 de la LPAC, resulta relevante por la importancia de su contenido, pues, como hemos dicho reiteradamente, aporta una versión cercana y directa de lo sucedido, añadiendo, en el caso de actuaciones de carácter sanitario, una explicación de base médico-científica, absolutamente indispensable para la formación del sentido y alcance de la resolución, que será

adoptada por órganos que carecen de esa formación técnica. Sin esa explicación médico-científica, el órgano consultivo carece de los elementos de juicio necesarios para dar respuesta a los reproches que efectúan los interesados y en consecuencia para considerar que sus afirmaciones de mala praxis pudieran ser desestimadas.

Por otro lado, en línea con lo que acabamos de decir, también resulta insuficiente en los términos anteriormente expresados el informe del Servicio de Radiología del Hospital Universitario La Paz, que se limita a transcribir los datos sobre las pruebas radiológicas que figuran en el expediente, sin dar una explicación técnica a las cuestiones planteadas por los interesados y que permita a este órgano consultivo adoptar una adecuada resolución sobre la cuestión controvertida relativa al retraso diagnóstico reprochado.

Por ello, ante la falta de información expuesta y teniendo en cuenta la función del dictamen de esta Comisión, en cuanto garante de los derechos de los interesados en el procedimiento como del acierto de la decisión de la Administración que ponga fin al procedimiento, se considera que procede la retroacción para que se complete en los términos anteriormente expuestos y se dé contestación a los reproches a los que hemos hecho referencia en líneas anteriores.

Tras la emisión de dichos informes deberá darse traslado a la Inspección Sanitaria para nuevo informe y conferirse nuevo trámite de audiencia a los reclamantes. Una vez cumplimentados dichos trámites, deberá redactarse una nueva propuesta de resolución y remitirse el expediente completo a esta Comisión Jurídica Asesora para su dictamen preceptivo.

Por todo lo expuesto la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede retrotraer el procedimiento para que se acredite la representación que ostenta el firmante del escrito de reclamación y se actúe en la forma dispuesta en la consideración de derecho tercera.

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 junio de 2021

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 278/21

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid