

Dictamen nº: **760/22**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **15.12.22**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 15 de diciembre de 2022, aprobado por unanimidad, 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. ....., D. ....., D. .... y D. ...., por el fallecimiento de Dña. .... que atribuyen al contagio de la paciente de COVID en el Hospital Universitario del Tajo.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** El 28 de octubre de 2021, las personas citadas en el encabezamiento presentan en una oficina de Correos una reclamación de responsabilidad patrimonial en la que refieren que su familiar, diagnosticada de carcinoma de ovario, ingreso el 11 de octubre de 2020 en el Hospital Universitario del Tajo con diagnóstico de insuficiencia respiratoria por derrame pleural y distensión abdominal y al momento de ingresar se le realizó una prueba de detección de COVID-19 con resultado negativo.

Relatan que quedó ingresada, el 12 de octubre de 2020 se le realizó una PCR por exudado faríngeo con resultado negativo para el virus

SARS-CoV-2 y fue trasladada a una planta denominada “zona no limpia de COVID-19” destinada a pacientes positivos en COVID-19 cuyo pasillo estaba distribuido de tal forma que la mitad era “zona limpia” y la otra mitad era “zona sucia” y un espacio ocupado por Enfermería, sin barreras, ni delimitación física o aislante alguno y reprochan que todo ello representaba un riesgo evidente de contagio por falta de medidas de seguridad que evitaran el contagio de los pacientes con resultado negativo en la PCR y precisan que la habitación que ocupaba su familiar se encontraba situada de forma contigua a la “zona sucia” a un metro de la siguiente habitación ocupada por pacientes contagiados por el virus SARS-CoV-2.

Refieren que los días 13, 14, 15 y 16 de octubre le realizaron diversas pruebas: TAC, extracciones de líquido abdominal y del pulmón para análisis, intervención en quirófano para análisis de posible tumor cancerígeno, y a pesar de su delicado estado de salud y tratarse de una persona de riesgo en caso de contagio por COVID-19, no se la cambió de zona y planta permaneciendo en la misma habitación hasta el día 27 de octubre “compartiendo planta con pacientes contagiados por COVID-19” lo que consideran aumentó “exponencialmente” el riesgo de contagio.

Manifiestan que el 27 de octubre se le realizó nueva prueba PCR con resultado positivo y fue inmediatamente trasladada a una habitación ubicada en “zona sucia” donde sufrió un empeoramiento progresivo y falleció el día 30 de octubre de 2020.

Consideran que su familiar se contagió de COVID en el centro hospitalario porque desde que ingresó en el hospital compartió planta con pacientes contagiados y debió cambiarse a una “zona limpia” libre de COVID-19 habiendo habitaciones disponibles en el hospital.

Solicitan una indemnización de 106.015 euros.

El escrito de reclamación se acompaña del certificado de defunción, escritura de aceptación y partición de herencia, certificado de actos de última voluntad, testamento otorgado por la causante y diversa documentación médica.

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

La paciente, de 74 años en el momento de los hechos, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, artrosis, hiperparatiroidismo, artrodesis lumbar, con limitación funcional para la marcha (camina con andador), acude el día 11 de octubre de 2020 a Urgencias del Hospital Universitario del Tajo por disnea de una semana de evolución que se ha incrementado hasta hacerse de mínimos esfuerzos o de reposo, sin tos, dolor torácico ni fiebre. Refiere distensión abdominal progresiva en los últimos meses, aunque tiene deposición diaria con movicol, la distensión ha empeorado con molestias en el centro del abdomen. Sin edemas en miembros inferiores.

En la exploración física presenta tensión arterial 151/62, temperatura 36.3°, saturación 96. Regular estado de hidratación, bien perfundida. Ligera palidez cutánea. Taquipneica en reposo. Auscultación cardiaca rítmica, sin ruidos sobreañadidos. Auscultación pulmonar: hipofonesis en ambas bases pulmonares. Abdomen distendido, doloroso a la palpación en zona yuxtaumbilical izquierda, donde se podría palpar zona indurada. Sin peritonismo. Resto de abdomen menos doloroso. Murphy impresiona de matidez a la percusión. Miembros inferiores sin edemas.

Se realiza ecocardiograma, analíticas, test de SARS-CoV-2 con resultado negativo, Rx de tórax que informa de elongación aortica, índice cardior torácico normal, pinzamiento de ambos senos costofrénicos en relación con presencia de derrame pleural, leve engrosamiento de la

cisura menor derecha, probablemente por presencia de derrame intercostal. Callo de fractura consolidada en arco lateral de séptima y octava costilla de hemitórax derecho. Cambios postquirúrgicos en columna lumbar y osteopenia y Rx de abdomen que informa de osteopenia, escoliosis lumbar de convexidad izquierda. Cambios postquirúrgicos a nivel lumbar bajo. Luminograma aéreo inespecífico.

Pasa a Box y se solicita ingreso para estudio en Medicina Interna. Se pauta oxigenoterapia en gafas nasales.

El 12 de octubre de 2020 ingresa en Medicina Interna por cuadro de distensión abdominal progresivo con derrame pleural bilateral que condiciona disnea. Fracaso renal agudo de probable origen prerrenal.

El 13 de octubre presenta saturación de 95% con gafas nasales a 21 pm.

El 14 de octubre se encuentra afebril, fatigada, se sube el oxígeno a 3l pm, saturaciones en rango.

El 15 de octubre de 2020 se realiza TC de cuello-tórax-abdomen y pelvis en el que se objetiva severo derrame pleural bilateral. Severa ascitis con extensa carcinomatosis peritoneal con significativa nodularidad del peritoneo parietal anterior y lateral izquierdo así como masas de partes blandas, con signo del pastel, según se describe. Numerosas lesiones focales hepáticas sugestivas de metástasis. Uropatía obstructiva derecha con cambio de calibre del ureter derecho en su tercio medio, con cierto engrosamiento e irregularidad de la pared y contenido intraluminal denso. Ovario derecho aparentemente aumentado de tamaño y útero también heterogéneo y aumentado de tamaño que recomienda valoración ginecológica siendo neoplasia de ovario derecha como primera posibilidad de origen primario. Masa de partes blandas entre teórica localización de ovario derecho y a nivel del izquierdo, posibles implantes. Masa de partes blandas entre pared posterior de

útero y pared anterior de recto compatible con implante peritoneal. Adenopatías patológicas retroperitoneales interaortocava, paraaórticas izquierdas, en cadena iliaca externa derecha y región inguinal derecha.

Se contacta con Ginecología que valora a la paciente y se interconsulta a Urología porque hay datos de uropatía obstructiva derecha.

El 16 de octubre Oncología valora a la paciente y plantea la posibilidad de tratamiento quimioterápico cuando dispongan de estudio histológico.

El 20 de octubre de 2020 la paciente presenta empeoramiento radiológico con mayor derrame pleural izquierdo y mejoría con menor derrame pleural derecho.

Se realiza toracocentesis con extracción de líquido pleural para análisis citológico y biopsia de adenopatía inguinal, siendo el diagnóstico de carcinoma ovárico estadio IV con metástasis en ovario contralateral, útero, riñón, peritoneo, hígado, pleura y ganglios linfáticos.

El 21 de octubre de 2020 el diagnóstico anatomopatológico sugiere como primera posibilidad un adenocarcinoma. Citología de líquido pleural: + para células malignas. Citología de líquido ascítico: sospechosa de malignidad.

Se realiza TC abdominal sugerente de neoplasia de ovario. Datos de uropatía obstructiva derecha secundaria a compresión extrínseca. La importante disnea requirió la realización de toracocentesis evacuadoras de repetición para alivio sintomático y el inicio de morfina oral para control de este síntoma.

El 26 de octubre de 2020 presenta fiebre, y deterioro hemodinámico, empeoramiento de la función renal, elevación de lactato y

troponina, sugestivo de sepsis. Se pauta tratamiento antibiótico de amplio espectro y se repite PCR para SARS-CoV-2 que resulta positiva. Se traslada a la paciente a otra habitación para aislamiento.

Progresivamente presentó mayor trabajo respiratorio, requiriendo mayor aporte de oxígeno hasta un empeoramiento crítico. Se valora por Oncología Médica que considera que al tratarse de una paciente con diagnóstico de carcinoma metastásico estadio IV con alta carga de enfermedad, síntomas severos derivados de su enfermedad de base y cortas expectativas de supervivencia es únicamente candidata a tratamiento paliativo dirigido a controlar los síntomas.

La evolución es desfavorable y tras consensuarlo con la familia se instaaura sedación paliativa. Fallece el 30 de octubre de 2020.

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

El 1 de diciembre de 2021 la aseguradora del SERMAS acusa recibo de la reclamación e informa que el siniestro carece de cobertura en la póliza suscrita.

Se ha incorporado al expediente la historia clínica de la paciente del Hospital Universitario del Tajo.

Figura en los folios 164 a 203 la Estrategia de Detección Precoz, Vigilancia y Control de COVID-19 de la Comunidad de Madrid de 28 de septiembre de 2020 y la Guía de Reordenación Asistencial de Ingreso Hospitalario del Hospital Universitario del Tajo.

Según el informe de la coordinadora de Urgencias Hospitalarias del Hospital Universitario del Tajo el día que la paciente acudió a Urgencias

por disnea de una semana de evolución y distensión abdominal de dos meses aproximadamente de evolución, se tomaron constantes, se realizó anamnesis, exploración física completa, se realizaron las pruebas pertinentes, se realizó test antigénico para SARS-CoV-2 con resultado negativo, se cursó ingreso para estudio, se extrajo muestra de exudado faríngeo por protocolo de ingreso en hospitalización y se ubicó a la paciente en un box individual de la Urgencia donde se realizó la observación clínica hasta que subió a planta.

El 3 de diciembre de 2021 emite informe el jefe de Servicio de Medicina Interna en el que expone los antecedentes personales de la paciente y la asistencia sanitaria que le fue dispensada desde que acudió a Urgencias el día 11 de octubre de 2020 siendo el resultado de la PCR, en ese momento, negativo *“por lo cual fue ingresada en habitación individual de zona no covid”*. Relata la evolución posterior, a una situación de gravedad y pésimo pronóstico a corto plazo, en la que se permitió el acompañamiento de sus familiares, a pesar del momento epidemiológico que se estaba viviendo. Según el informe, se cumplieron los protocolos establecidos por los profesionales de Medicina Preventiva. Finaliza señalando el informe que el resultado de la PCR realizada el 26 de octubre fue positivo *“por lo que se procedió al traslado de la paciente a la planta específica para ingreso COVID. Se realizó comunicación del resultado a Medicina Preventiva y a Salud Laboral, para poner en marcha el protocolo de estudio de contactos profesionales y familiares”*.

También se ha incorporado al procedimiento el informe de la jefa de Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de 22 de diciembre de 2021 que en sus conclusiones expresa que *“los trabajadores en contacto con la paciente valorados por el Servicio de Prevención no han presentado enfermedad COVID activa ni en las pruebas realizadas a raíz de dicho estudio, ni en los días posteriores, lo cual se justifica por el uso correcto de EPIS por parte de los trabajadores y las medidas de prevención de*

*transmisión de la enfermedad covid establecidas en el Hospital Universitario del Tajo”.*

El 8 de julio de 2022 emite informe la Inspección Sanitaria que tras recoger los antecedentes del caso y exponer referencias bibliográficas y las consideraciones médicas oportunas concluye que la asistencia dispensada se ha ajustado a la *lex artis*.

Instruido el procedimiento se otorga audiencia a los interesados que presentan alegaciones el 26 de octubre de 2022 para en síntesis reiterar lo alegado en el escrito de reclamación, destacan del informe de la Inspección Sanitaria que la familiar de los reclamantes “durante el ingreso en el Hospital se contagió de COVID-19” y discrepan del informe del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales porque consideran que la PCR no se realizó a todos los trabajadores que tuvieron contacto con su familiar.

Finalmente, el 14 de noviembre de 2022 el viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación al considerar que la asistencia sanitaria se adecuó a la *lex artis* y no existe antijuridicidad en el daño que se reclama por lo que no concurren los presupuestos necesarios para la declaración de responsabilidad patrimonial.

**CUARTO.-** El 21 de noviembre de 2022 se formuló preceptiva consulta a este órgano consultivo.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 726/22, a la letrada vocal Dña. Rosario López Ródenas 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 diciembre de 2022.



A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

## **CONSIDERACIONES DE DERECHO**

**PRIMERA.-** La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros, y por solicitud del consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

**SEGUNDA.-** La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial se regula en la LPAC. 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 y el artículo 32 de la LRJSP, en cuanto sufren el daño moral que provoca el fallecimiento de su madre. Acreditan el parentesco con una escritura de aceptación y partición de herencia.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid toda vez que la asistencia sanitaria que consideran incorrecta se prestó en el Hospital Universitario del Tajo, centro sanitario que forma parte de la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid.

En lo relativo al requisito temporal, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, que se contará, en caso de daños de carácter físico o psíquico, desde que el hecho aconteció o desde la curación o determinación del alcance de las secuelas (artículo 67.1 de la LPAC).

En este caso el *dies a quo* viene dado por el fallecimiento de la madre de los reclamantes el 30 de octubre de 2020 por lo que la reclamación presentada el día 28 de octubre de 2021 está formulada dentro del plazo legal.

En cuanto al procedimiento, se observa que se han recabado los informes de los servicios de Urgencias, Medicina Interna y de Prevención de Riesgos Laborales del Hospital Universitario del Tajo de acuerdo con lo previsto en el artículo 81 de la LPAC y se ha incorporado el informe de la Inspección Sanitaria, se ha conferido el oportuno trámite de audiencia a los interesados y finalmente se ha redactado la propuesta de resolución que junto con el resto del expediente ha sido remitido a esta Comisión Jurídica Asesora para su dictamen preceptivo.

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

**TERCERA.-** La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 106.2 de la Constitución Española, que garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley, previsión desarrollada por la LRJSP.

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

a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal.

c) Que exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, sin que ésta sea producida por fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005) y otras sentencias allí recogidas, *“no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”*.

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 recuerda la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de mayo de 2016 (recurso 1153/2012) *“que cuando se trata de reclamaciones derivadas de actuaciones sanitarias, la doctrina jurisprudencial viene declarando 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, de manera que, si el servicio sanitario o médico se prestó correctamente y de acuerdo con el estado del saber y de los medios disponibles, la lesión causada no constituiría un daño antijurídico”.*

**CUARTA.-** Del breve resumen de los presupuestos de la responsabilidad patrimonial incluidos en la consideración jurídica precedente, se deduce que no cabe plantearse una posible responsabilidad de la Administración sin la existencia de un daño real y efectivo a quien solicita ser indemnizado.

Ciertamente ya hemos adelantado la existencia del daño moral de los reclamantes por el solo hecho del fallecimiento de su familiar. Sin embargo, la existencia de un daño, no es suficiente para declarar la existencia de responsabilidad, por lo que ha de analizarse si concurren los demás requisitos necesarios para apreciarla.

Los reclamantes imputan el fallecimiento de su familiar a la falta de medidas de prevención de COVID en el centro hospitalario lo que, según la reclamación, permitió el contagio durante su ingreso hospitalario.

Así las cosas, procede analizar los reproches de los reclamantes partiendo de lo que constituye regla general, esto es, que la carga de la prueba en los procedimientos de responsabilidad patrimonial corresponde a quien reclama. En este sentido se ha pronunciado, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 12 de noviembre de 2018 (recurso 309/2017), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo. Además, como recuerda, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2020 (recurso 829/2017) *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente*

*técnica y este Tribunal carece de los conocimientos técnicos-médicos necesarios, por lo que debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos, bien porque las partes hayan aportado informes del perito de su elección al que hayan acudido o bien porque se hubiera solicitado la designación judicial de un perito a fin de que informe al Tribunal sobre los extremos solicitados”.*

Ahora bien, en los casos de infecciones contraídas en el ámbito hospitalario, esta Comisión Jurídica Asesora, haciéndose eco de la doctrina del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, ha señalado que, en razón del principio de facilidad de la prueba, corresponde a la Administración dar una explicación razonable de las medidas adoptadas para prevenir la infección.

Como ya dijimos en anteriores dictámenes de esta Comisión, “*dicha acreditación sirve para establecer, en tales casos, la línea de separación, entre la consideración de la infección como un riesgo inherente al ingreso hospitalario o la imputación del daño a la Administración*” (así nuestro Dictamen 348/16, de 28 de julio y 388/19, de 10 de octubre, entre otros muchos).

Además, para evaluar la corrección de una concreta práctica médica hay que estar a la situación y síntomas del momento en que se realiza esta. Ello se traduce en que se deben aplicar a los pacientes todos los medios disponibles para su diagnóstico y tratamiento. Esta obligación de medios debe entenderse ceñida al contexto del momento y las circunstancias en que se efectúa la asistencia, es decir, a los síntomas que presenta cada paciente y a las probabilidades, en función de los mismos, de que padezca una determinada patología.

Al respecto, el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en su Sentencia de 9 de marzo de 2017 (núm. de recurso 203/2014), manifestó que “*en lo que específicamente se refiere al diagnóstico de las*

*enfermedades que los pacientes padecen, la garantía de medios comporta que se utilicen los medios disponibles coherentemente con los síntomas y signos que presenten, y con la información relevante que faciliten”* y en este caso, nos encontramos ante una enfermedad nueva que, en las fechas de la asistencia sanitaria a la paciente, alcanzó la consideración de pandemia y que puso en un grado de tensión máxima al sistema sanitario, provocando decenas de miles de fallecidos.

Ante dicho escenario resulta imposible desvincular un caso, como el presente, de la situación que se experimentó durante la pandemia, tal y como ha indicado esta Comisión Jurídica Asesora entre otros, en su Dictamen 177/22, de 29 de marzo y por el Consejo Consultivo de Andalucía en sus dictámenes 424/21, de 1 de junio y 100/22, de 10 de febrero.

Centrándonos en los medios empleados en la asistencia sanitaria del caso que nos ocupa y en las medidas de protección de contagio COVID adoptadas en el centro hospitalario, nos encontramos en la historia clínica que la paciente ingresó el 11 de octubre con un cuadro clínico motivado por un carcinoma de ovario estadio IV con carcinomatosis peritoneal, pleural y ganglionar, se realizaron las pruebas diagnósticas necesarias para completar el diagnóstico y se instauró tratamiento sintomático siendo el resultado de la PCR, en ese momento, negativo por lo que, según los informes obrantes en el expediente, fue ingresada en una habitación individual de zona “No Covid”. En días posteriores comenzó con fiebre y nueva sintomatología, se confirmó el diagnóstico de COVID-19 y se procedió al traslado de la paciente a una planta para ingreso COVID, lo que fue comunicado a Medicina Preventiva y Salud Laboral para poner en marcha el protocolo de estudio de contactos profesionales y familiares.

Resulta acreditado en el expediente que el centro hospitalario disponía de protocolos de protección de contagio COVID establecidos por

el Ministerio de Sanidad y la Consejería de Sanidad, que según la Inspección Sanitaria, el Hospital Universitario del Tajo cumplió.

Al respecto, el informe del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales manifiesta que todos los trabajadores que atendieron a la paciente utilizaron los EPIS, que la paciente utilizaba mascarilla quirúrgica durante su atención y en las pruebas realizadas a los trabajadores en los días posteriores al contagio de la paciente, ninguno de ellos presentó enfermedad por COVID.

Según el informe de la Inspección Sanitaria, el contagio se produce a pesar del estricto cumplimiento de los protocolos de protección establecidos como consecuencia de la alta transmisibilidad del virus, en la situación epidemiológica existente en ese momento, lo que imposibilitaba garantizar la total ausencia de contagios.

Así pues, cabe concluir, teniendo en cuenta el relevante criterio de la Inspección Sanitaria en este tipo de expedientes, tal y como recuerda la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 26 de julio de 2018 (recurso 768/2016) que *“se puede concluir que el tratamiento que ha recibido la paciente en el Hospital Universitario del Tajo ha sido correcto, de acuerdo a los protocolos clínicos vigentes y se han utilizado 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 sin tratamiento efectivo, en una paciente con patología de extrema gravedad, no ha sido posible evitar el fallecimiento”*.

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

## **CONCLUSIÓN**

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado vulneración de la *lex artis* en la asistencia sanitaria dispensada.

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 diciembre de 2022

La Vicepresidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 760/22

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid