

Dictamen nº: **82/23**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **16.02.23**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 16 de febrero de 2023, 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 Dña., Dña., D. y D., por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de D., que atribuyen a una indebida asistencia sanitaria prestada en Hospital Universitario del Henares de Madrid.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por escrito presentado el día 8 de septiembre de 2022 dirigido al Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), por las personas citadas en el encabezamiento se formula reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de su marido y padre, que atribuyen a una indebida atención sanitaria en el centro sanitario antes referido, con ocasión de la infección por COVID-19 que presentaba.

Con fecha 9 de septiembre de 2022 se presenta telemáticamente un segundo escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial

señalando que se modifica el escrito anterior y solicitando que se tenga en cuenta este segundo escrito. Con igual fecha se presenta un tercer escrito reiterándose en lo expuesto con anterioridad.

Entienden los reclamantes en la reclamación formulada que no es ni necesario ni adecuado que se resalte en numerosas ocasiones en la historia clínica que un paciente, como su familiar, no ha sido vacunado para COVID-19, señalando que así constaba en diversa documentación médica obrante en dicha historia, de donde concluyen que se ha podido incurrir por los servicios médicos en un trato discriminatorio y desfavorable hacia su familiar en lo referido al tratamiento de su enfermedad por parte del personal del hospital de referencia.

Señalan igualmente que dada la gravedad del estado de su familiar el centro hospitalario debería haber considerado otras opciones de tratamiento a efectos de evitar su fallecimiento. Particularmente hacen referencia al tratamiento con ozonoterapia que señala que solicitaron en diversas ocasiones si bien se denegó por el centro hospitalario.

Continúan refiriendo los reproches asistenciales, indicando que entienden debería haberse puesto al paciente en posición de decúbito prono considerando al respecto que entienden dicha posición le generó al paciente una mejora según se desprende de las anotaciones de la historia clínica.

Refieren finalmente que el día 27 de agosto de 2021 se obtiene resultado de *Klebsiella pneumoniae* en exudado perineal obtenido el 23 de agosto, si bien reprochan que no se le aplica tratamiento adecuado de antibióticos hasta que presenta síntomas el 30 de agosto. Señalan que toda vez que el paciente ya tenía una infección vírica grave, consideran que no es correcto que no se le haya aplicado el tratamiento antibiótico adecuado en cuanto se obtuvo el resultado positivo.

La reclamación de responsabilidad patrimonial que no viene cuantificada económicamente, está acompañada de diversa documentación, así diversos correos electrónicos cruzados entre los reclamantes y el equipo médico referidos a la asistencia médica prestada al paciente, copia parcial de la escritura pública de 12 de enero de 2022 de liquidación de la sociedad de gananciales, aceptación y adjudicación de herencia otorgada por los reclamantes.

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

El paciente de 66 años a la fecha de los autos objeto de reclamación, presentaba antecedentes de hipertensión arterial (HTA), obesidad grado II, exfumador, no vacunado frente a SARS-Cov2, en tratamiento con furosemida, barnidipino y vida basal independiente.

El 3 de agosto de 2021 acude a Urgencias del Hospital Universitario del Henares por sensación disneica y desaturación en domicilio <90%. Refiere mialgias, fiebre de 39⁰ y tos seca de una semana de evolución. El paciente, refiere test de antígeno COVID positivo 4 días antes. Ha tomado azitromicina 3 días, paracetamol y corticoide oral.

A su llegada taquipneico 24 rpm, con saturación de oxígeno (Sp O² basal) 87%, radiografía con infiltrados tenues bilaterales. Se decide ingreso en el hospital a cargo de Medicina Interna.

El día 4 de agosto de 2021 avisan a UCI por desaturación de 87% a pesar de mascarilla reservorio, por lo que se decide ingreso en UCI.

En la exploración física se advierte: TA 143/91 mmHg, frecuencia cardíaca (FC) 75 lpm, SpO² 85% con reservorio, factor reumatoideo (FR) 18 rpm, temperatura 36.8⁰. Consciente, orientado y colaborador. Sin

focalidad neurológica. Normocoloreado, normohidratado. Auscultación cardíaca (AC): Tonos rítmicos, no soplos audibles. Auscultación pulmonar (AP): Murmullo vesicular conservado con crepitantes bibasales. Abdomen: ruidos hidroaéreos (RHA) presentes, globuloso, blando, no doloroso, sin datos de peritonismo. Miembros inferiores (MMII): No edemas, no datos de trombosis venosa profunda (TVP). Pulsos pedios presentes y simétricos.

En cuanto a la evolución, cabe destacar en relación a la insuficiencia respiratoria/síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA): probable síndrome apnea-obesidad. Inicialmente oxigenoterapia con gafas nasales de alto flujo (GNAF) precisando fracción inspirada de oxígeno (FiO_2) muy elevadas por lo que se coloca ventilación mecánica no invasiva (VMNI) con buena tolerancia. En el seno de cansancio con desaturación 81% sin respuesta a modificación de parámetros, se le intuba el 11 de agosto de 2021 y se inicia analgosedación con fentanilo y propofol y bloqueo neuromuscular continuo.

Control radiografía (Rx) el 7 de septiembre en el que se aprecia: afectación pulmonar bilateral grado IV. 100% L. Empeoramiento radiológico. Persisten leve afectación intersticial difusa en ambos hemitórax que parece haber progresado en base pulmonar derecha con mayor consolidación.

Por lo que atañe a la evolución de la neumonía SARS-Cov2. Al ingreso en UCI sin antibioterapia ni datos de infección bacteriana. Se realizan controles semanales de perfil inflamatorio. Dada la evolución tórpida se comenta con el paciente la posibilidad de tratamiento con tocilizumab 800 mg ajustado a peso, cumple criterios (procalcitonina (PCT) baja, 9º día CC, no semiología infección) y el paciente da su consentimiento verbal. Se administra el 10 de agosto. Serología hepatitis y VIH negativas. En contexto de intubación orotraqueal (IOT)+VMI se inicia protocolo de cefotaxima DDS el 11 de agosto y

metilprednisolona a dosis de distres 1 mg/kg/día desde el día siguiente. Posteriormente pauta descendente.

Presentaba, por tanto, el paciente una insuficiencia respiratoria global secundaria a neumonía SARS Cov2 con 37 días en UCI, sin respuesta a pronó, bajo bloqueo neuromuscular continuo desde el 23 de agosto, que se había intentado disminuir en varias ocasiones, pero se desencadenó desadaptación y desaturación e incluso precisó varios bolos de roriconio por turno, sin estabilidad suficiente para plantear traqueotomía y sin infección bacteriana en ese momento. Con fracaso monorgánico a expensas de Pa/Fi<70 con empeoramiento radiológico y manteniendo PCR COVID positiva. Ausencia de mejoría ante cualquier tipo de medida.

El día 7 de septiembre se habla de nuevo con la familia insistiendo en la extrema gravedad de la situación.

Se produce fallecimiento el día 9 de septiembre de 2021.

TERCERO.- Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del procedimiento de responsabilidad patrimonial de acuerdo con la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

Con fecha 19 de septiembre de 2022 se formuló requerimiento a la reclamante que firmaba la reclamación interpuesta a efectos de que acreditara ostentar la representación para actuar en nombre de su madre y hermanos mediante cualquier medio válido en Derecho e igualmente acreditaran su relación de parentesco con el paciente fallecido.

Requerimiento atendido con fecha 27 de septiembre, aportándose copia escaneada de la reclamación inicialmente interpuesta firmada por

los restantes reclamantes, así como copia del libro familia en el que consta el parentesco a acreditar.

Asimismo, se cursa comunicación a la compañía aseguradora de la responsabilidad patrimonial del SERMAS, que acusa recibo el 20 de septiembre de 2022.

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81 de la LPAC, se ha incorporado al expediente el informe del servicio médico implicado en la asistencia médica prestada al paciente y objeto de reproche por las reclamantes.

Así consta informe elaborado por el Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario del Henares, fechado el 10 de octubre de 2022.

Como pronunciamiento general, se hace constar en el mismo que *“a este paciente se le aplicaron todas las medidas de tratamiento, de soporte y también de prevención de la aparición de complicaciones recomendadas por la evidencia científica disponible y por los protocolos locales e internacionales de tratamiento para esta patología”*.

Continúa señalando al respecto de la asistencia médica prestada que *“en relación con la vacunación o no por COVID. En nuestro caso no hacemos ningún juicio de valor, estimando que son las autoridades las que aplican un protocolo y recomendaciones de vacunación. Lo que sí es importante para nosotros como clínicos es conocer el estado vacunal del individuo porque este claramente sabemos que puede tener una incidencia relevante en el pronóstico. (.....)*.

En este caso el día 03/09/2021 persistía la positividad de PCR en aspirado traqueobronquial cuando el paciente había ingresado el 03/08/2021 con la neumonía bilateral con test de antígeno para SARS-

CoV2 positivo, este dato en sí mismo es un indicador de la gravedad del cuadro y de la persistencia de la infección por Coronavirus.”.

Señala igualmente que “en este caso, como en todos los atendidos en Unidad, se tuvieron en cuenta todas las opciones de tratamiento, según consta en la historia clínica. Se aplicaron las medidas de soporte correspondiente avaladas por la evidencia y adecuadas a la situación clínica del paciente, pero la evolución del paciente fue a una fibrosis pulmonar causada por la COVID-19. El tratamiento se mantuvo de forma prolongada, se obtuvo una mejoría inicial, pero posteriormente y en probable relación con la persistencia del virus, presentó nuevos episodios de deterioro clínico con empeoramiento progresivo del cuadro tras varios días de evolución”.

En cuanto al eventual tratamiento de ozonoterapia, se indica en el citado informe que “en efecto se recibió una solicitud de la familia, con la que se habló en varias ocasiones indicándoles que no había sustento científico para su utilización tras tratar el tema en sesión clínica del servicio como se hace con todos los tratamientos y pacientes y revisar la evidencia disponible en cuanto a su utilización. (.....).

Toda la información destaca la no evidencia científica para la utilización de este tratamiento en pacientes con COVID-19. Además de esto nos pusimos en contacto con la Dirección Médica del centro que a su vez solicitó un informe jurídico y también se contactó con el grupo COVID-19 del SERMAS que también ratificó a la dirección médica la imposibilidad de aplicación de dicho tratamiento”.

Continúa señalando que “la respuesta a decúbito prono es difícil de evaluar en algunas circunstancias, en todo caso el paciente dejó de responder a estas maniobras en relación con el cuadro de afectación pulmonar (problema diferente al de pérdida de reclutamiento). En este caso se intentaron otras opciones como las modificaciones en las pautas

de sedación y bloqueo neuromuscular para conseguir cierto grado de funcionamiento del diafragma que permita alguna mejoría en la ventilación y oxigenación pero que en el paciente sólo fueron eficaces de forma transitoria en los últimos días (debido a la extrema gravedad del cuadro). (...)

El paciente recibió todas las estrategias ventilatorias posibles y cambios a posición de decúbito prono, además durante tiempos prolongados. Todo ello en función de su evolución clínica en cada momento”.

Señala finalmente que “en una muestra de vigilancia de colonización en muestra de exudado perineal se detectó el crecimiento (colonización perineal) por Klebsiella pneumoniae con screening positivo para carbapenemasa. Se aplicaron en ese momento las medidas de descolonización. El paciente presentó una infección urinaria con cultivo positivo el 30/08 tratada resolviéndose el cuadro clínico de infección de modo que en cultivos obtenidos posteriormente se confirmó la resolución de este cuadro (hemocultivos del día 08/09/2021 negativos, aspirado traqueobronquial del 07/09/2021 negativo y cultivo de orina del 04/09/2021 que es negativo tras el tratamiento realizado). Precisamente el estudio de muestras de colonización nos permite ser rápidos en el diagnóstico y tratamiento de posibles cuadros de infección asociada a los dispositivos o el tratamiento de posibles complicaciones”.

Concluye señalando que el paciente falleció por hipoxemia refractaria en relación con neumonía bilateral por SARS-CoV2, no obstante haberse aplicado todas las medidas posibles y recomendadas de tratamiento.

*Solicitado el oportuno informe a la Inspección Sanitaria, se emite el mismo con fecha 19 de octubre de 2022, en el que se concluye que la asistencia prestada al paciente se ha ajustado a la *lex artis*.*

Con posterioridad, con fecha 2 de diciembre de 2022 se ha concedido trámite de audiencia a las reclamantes, quiénes en uso del trámite concedido presentaron el 27 de diciembre, escrito de alegaciones en el que tratan de desvirtuar lo informado por el servicio médico actuante y por la Inspección Médica.

Finalmente, por el viceconsejero de Gestión Económica se elabora propuesta de resolución, fechada el 3 de enero de 2023, en la que se propone la desestimación de la reclamación interpuesta.

CUARTO.- El 19 de enero tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial. Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente 15/23 al letrado vocal D. Javier Espinal Manzanares que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión del día señalado en el encabezamiento.

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 indeterminada, y a solicitud del consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento

de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, se regula en la LPAC 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, conforme a lo dispuesto en el artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la LRJSP, en su condición de mujer e hijos del paciente fallecido, cuyo fallecimiento les genera un indudable daño moral legitimador de la reclamación que nos ocupa.

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 Henares, centro sanitario que forma parte de la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid.

Por último y en lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 de la LPAC el derecho a reclamar responsabilidad patrimonial a la Administración prescribe al año de manifestarse el efecto lesivo y de que se haya determinado el alcance de las secuelas. En el presente caso, el fallecimiento del marido/padre de los reclamantes se produce el 9 de septiembre de 2021, mientras que la reclamación se interpone el 8 de septiembre de 2022, por lo que está formulada dentro del plazo de un año que marca el texto legal.

Por lo que se refiere 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 médico que intervino en la asistencia prestada a la paciente y que es objeto de reproche en la reclamación. También se ha incorporado al procedimiento la historia clínica del reclamante, 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.

Finalmente 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 CA, 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.- En este caso, como hemos visto en los antecedentes, los reclamantes alegan que el fallecimiento reclamado deriva de la indebida asistencia médica prestada a su familiar.

Así, de acuerdo con las alegaciones efectuadas por los reclamantes, lo relevante a la hora de enjuiciar la responsabilidad patrimonial es si efectivamente se incurrió en la mala praxis denunciada, pues como hemos señalado reiteradamente en nuestros dictámenes, en la medicina curativa nos encontramos ante obligaciones de medios y no de resultado, de tal forma que se cumple la *lex artis* cuando se utilizan todos los medios (de diagnóstico, de tratamiento, etc.) de los que se dispone. También hemos dicho con frecuencia que 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 el paciente y a las probabilidades, en función de los mismos, de que padezca una determinada patología. En este sentido, con cita de la jurisprudencia, hemos recordado que lo que procede es un empleo de medios ordinarios y diligencia para cerciorarse de los diagnósticos que se sospechen, sin que se pueda cuestionar el diagnóstico inicial por la evolución posterior de los acontecimientos.

Centrado así el objeto de la reclamación, vamos a analizar los reproches formulados, partiendo de lo que constituye la regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. 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), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo. Además, como añade la citada sentencia, *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica”*.

Partiendo de lo señalado, entendemos que las reclamantes no han aportado prueba alguna que venga a acreditar que la asistencia prestada a su familiar fuera incorrecta, mientras que, por el contrario, los informes médicos que obran en el expediente contrastados con la historia clínica examinada descartan la mala praxis denunciada.

En particular, la Inspección Sanitaria, tras analizar el proceso asistencial que consta en la historia clínica remitida, ha considerado que la actuación asistencial de los servicios implicados fue conforme a la *lex artis*. 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”.

Por lo que se refiere a la eventual discriminación médico asistencial del paciente por no haber vacunado frente a la COVID-19, señala la Inspección que *“En cuanto al primer punto, el hecho de que conste en varios puntos de la historia clínica que el paciente no está vacunado no constituye, como refiere en su informe el Jefe de Medicina Intensiva, ningún juicio de valor, sino que únicamente se recoge porque es un factor de gran importancia en la evolución clínica”.*

Fácilmente se advertirá la importancia de que en la documentación médica consten los antecedentes más relevantes del paciente objeto de asistencia, siendo así que en relación con la patología que nos ocupa aparece como un dato esencial la eventual vacunación del paciente frente a la misma, por lo que como se ha señalado, su reflejo no puede considerarse en modo alguno indicio de una eventual discriminación por parte de los facultativos actuantes, habiendo quedado acreditado a la luz de lo recogido en las actuaciones la completa actuación asistencial que se prestó al paciente.

A estos efectos, señala la Inspección que *“De la historia clínica y el informe del Jefe del Servicio se deduce que el tratamiento aplicado al paciente es el establecido en los protocolos clínicos vigentes en ese momento y que están basados en la evidencia científica. Las medidas administradas se han adaptado a las necesidades del paciente en cada momento y se han utilizado todos los medios técnicos disponibles”.*

Al respecto de esta afirmación de la Inspección y por lo que al pretendido retraso en el tratamiento de la infección padecida por el paciente, entendemos que queda desvirtuado si atendemos a lo señalado en el anteriormente mencionado, informe del Servicio de Medicina Intensiva, al indicar que advertida en muestra de vigilancia de colonización el crecimiento por *Klebsiella pneumoniae*, se aplicaron en ese momento las medidas de descolonización oportunas.

De igual modo y frente a la queja de los reclamantes sobre la no colocación del paciente en situación de decúbito prono, el mencionado informe del servicio actuante señala que el paciente recibió todas las estrategias ventilatorias posibles con cambios a situación de decúbito prono, indicando que dejó de responder a estas maniobras en relación con el cuadro de afectación pulmonar.

Por lo que se refiere al tratamiento de ozonoterapia que fue solicitado por los reclamantes y descartado por el equipo médico actuante, recoge la Inspección en su informe que *“El ozono es un biocida que en la Unión Europea no tiene la consideración de producto sanitario y no cuenta con la autorización de la Agencia Española del Medicamento para su uso en humanos.*

Las sociedades científicas como la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), la Sociedad Madrileña de Medicina Intensiva (SOMIAMA), el Consejo General de Farmacéuticos, el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos y el Ministerio de Sanidad se han pronunciado contrarios a su utilización como terapia en COVID-19.

Los informes científicos disponibles sobre esta terapia muestran que no existe evidencia de que aporte beneficios y sin embargo puede causar efectos adversos graves, por lo que no se considera justificada su utilización en pacientes con COVID-19”

Concluye la Inspección que “*En resumen, en la asistencia del paciente se han utilizado los medios técnicos adecuados a su situación, de acuerdo con el conocimiento científico, incluyendo una prolongada estancia en la Unidad de Medicina Intensiva, a pesar de lo cual, como ha ocurrido en otros muchos casos, al tratarse de una enfermedad muy grave sin tratamiento efectivo, no ha sido posible evitar su fallecimiento. Las decisiones clínicas se han tomado valorando todos los factores y buscando el máximo beneficio y el menor daño posible*”

Es en base a lo expuesto que se entiende por la Inspección que en la actuación facultativa dispensada al paciente se han prestado todos los medios técnicos disponibles, no obstante lo cual, no ha podido evitarse el lamentable desenlace. Por lo tanto, se considera que las actuaciones facultativas realizadas en el Hospital Universitario del Henares, fueron correctas y acorde a la *lex artis ad hoc*.

Por todo cuanto antecede, 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 16 de febrero de 2023

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 82/23

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid