

Dictamen n.º: **288/24**  
Consulta: **Consejera de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **23.05.24**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 23 de mayo de 2024, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por la consejera 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. Joaquín Rodríguez Valencia, por los daños y perjuicios sufridos por el fallecimiento de su madre, Dña. ....., que atribuye a la negligente asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, al desestimar el ingreso de la paciente en la UCI o la adopción de medidas de cuidados intensivos.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Por escrito presentado el 25 de octubre de 2022 en el registro auxiliar de la entonces Consejería de Familia, Juventud y Política Social, la persona citada en el encabezamiento formula reclamación de responsabilidad patrimonial por, según afirma, “*mala praxis con resultado de muerte*”, que atribuye a los facultativos del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

Según recoge en síntesis el escrito de reclamación, el 3 de enero de 2022, la madre del reclamante ingresó en Urgencias del Hospital

Universitario Fundación Jiménez Díaz por un proceso catarral que arrastraba desde la semana anterior y que, a pesar del previo tratamiento domiciliario realizado por su médico de cabecera con el que mejoró mucho, no terminó de curarse. El reclamante refiere que el indicado día y a petición suya, el médico acudió a su domicilio y que, para descartar que fuera algo peor, decidió su ingreso para que le hicieran las pruebas necesarias, de modo que, sobre las 19:00 horas, acudió una ambulancia que la trasladó hasta dicho hospital.

La reclamación recoge que, siendo ya el 4 de enero, a las 3 de la madrugada, la doctora de Urgencias que atendió a la madre del reclamante le comunicó que no era nada grave pero que tenía disnea, como en otras ocasiones, ya que estaba en tratamiento desde 2018 con oxigenoterapia y presión aérea continua binivel (BiPAP) nocturno, que tenía dificultad para expulsar las mucosidades y algo de tos, que le realizaron PCR negativa por Covid-19, que la subían a planta para hacerle alguna prueba y que, a su criterio, no tardarían en darle el alta. Además, le indicó que por el protocolo Covid no le dejaban pasar a ver a su madre.

El reclamante señala que a lo largo del día no recibió ninguna llamada más, ni tampoco el miércoles día 5 de enero ni el jueves 6 de enero, hasta que este último día, por la tarde, logró hablar con el puesto de Enfermería y la enfermera le refirió que su madre se encontraba peor, algo desorientada y con dependencia del oxígeno, ante lo cual, el reclamante señala que se quejó por la falta de información respecto al estado de la paciente. También señala que la enfermera le indicó que tenía que llevar el BiPAP, petición ante la cual, según afirma, el reclamante le respondió que estaba esperando a que el médico se lo dijera y que su madre tampoco le había dicho nada al respecto.

El interesado relata que el viernes 7 de enero, a las 11:36 horas, le llamó por fin el médico de planta, indicándole que su madre estaba algo

peor, que había amanecido algo peor, por lo que le interrogó acerca de si iban a darle ese día el alta *“y me dice que hoy no se la daba, en un tono de voz de medio resignación me dice que lleve el bipap y que me deja apuntado un permiso especial para que entre y pueda estar con mi madre, me solicita nombre y apellidos para dejar constancia y que me permitan el acceso”*. El reclamante continúa señalando que a las 11:36 horas le llamó de nuevo el mismo médico, refiriéndole que su madre se estaba poniendo muy grave, que tenía la respiración intermitente y que los médicos de la UCI iban a su habitación. Refiere que, cuando llegó, a las 12:25 horas, vio a su madre *“en un estado lamentable, más muerta que viva, tan solo con una mascarilla de oxígeno, sin ningún tipo de monitorización ni medicamento puesto en vena”*. Refiere que el médico le informó que su madre estaba muy grave, que habían bajado los médicos de la UCIR que descartaron cualquier intervención, y que tan solo la habían sedado para llevarla al coma y que no sufriera. Afirma que a las 14:11 horas su madre dejó de respirar, de modo que avisó a Enfermería, con la intención de que hicieran algún tipo de reanimación, y que lo único que hicieron fue confirmar el fallecimiento.

El interesado reprocha que no se le entregara a ningún miembro de la familia algún tipo informe, pues tan solo pudieron ver el certificado de defunción, en el que se señalaba como causa de la muerte *“una insuficiencia respiratoria grave y síndrome de apnea obstructiva del sueño”*. No obstante, indica que sí ha tenido acceso al informe de 7 de enero, en el que consta que la paciente rechazó seguir con CPAP (presión positiva continua en la vía aérea), pero señala que no figura por escrito y firmado de su puño y letra, lo cual es obligatorio cuando la paciente rechaza un tratamiento, *“si es que lo rechazó, ya que a mí me contó que el medico de planta ni tan siquiera le menciono dicha máquina...”*, También reprocha que el informe no menciona las causas del rápido deterioro de la paciente ni las medidas adoptadas con el fin de atajarlo, si es que se tomaron. En este sentido, señala que en el

informe consta que amaneció con aspecto congestivo, pero no figura que antes de las 12 de la mañana se tomara alguna medida ante la hipercapnia extrema, y cuestiona por qué, si acudieron los médicos de la UCIR y vieron a su madre en estado agónico, no tomaron alguna medida para sacarla de ese estado.

En definitiva, el reclamante concluye que su madre falleció en un hospital “*completamente abandonada en una cama, sin ningún tipo de control*”, cuando entró por un catarro casi curado, y afirma que, si bien es cierto que los hechos acaecieron en pandemia, no lo es menos que, por esas fechas, ese centro hospitalario no estaba ni mucho menos colapsado.

El reclamante solicita una indemnización por importe de 150.000 euros, y con su escrito se adjunta diversa documentación médica relativa a la paciente fallecida, aportando con posterioridad, a requerimiento de la Administración, sendas copias del libro de familia y del certificado de defunción de su familiar (folios 1 a 23 del expediente).

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

La madre del reclamante, de 82 años de edad en la fecha de los hechos, contaba con antecedentes personales de intolerancia a ácido propiónico e hipertensión arterial. Dislipémica. Obesidad mórbida (IMC 48). Dolor lumbar, hiperlordosis lumbosacra. Discopatía degenerativa lumbar alta y artrosis facetaria. Rizolisis por alcohol, guiada por Tc en diciembre 2017. Linfedema crónico en miembros inferiores estadio IV (elefantiasis). Histerectomía más doble anexectomía. Eventroplastia con malla en 1994. Hernioplastia inguinal derecha. Cirugía varices en ambos miembros inferiores. Operada de prótesis de cadera derecha y prótesis de rodilla derecha. Operada de cataratas en ambos ojos. Diabetes mellitus tipo 2 desde alta de ingreso de septiembre 2021.

Antecedentes cardiológicos: fibrilación auricular crónica anticoagulada con Dabigatran. Insuficiencia cardíaca crónica, con fracción de eyección del ventrículo izquierdo, estimada 65% el 20 de agosto de 2021, primer episodio en 2014, con ingreso en el Hospital Universitario La Paz.

En ecocardiograma transtorácico realizado el 20 de agosto de 2021, se objetiva ventrículo izquierdo no dilatado, con hipertrofia ligera de septo basal, fracción de eyección del ventrículo izquierdo estimada 65%, sin alteraciones de la contractilidad segmentaria. Patrón transmitral diastólico no valorable por llenado monofásico. Ventrículo derecho mal visualizado, sin claras alteraciones significativas. Insuficiencia tricuspídea mínima, que no permite estimar la presión pulmonar sistólica. Cambios degenerativos leves anillo mitral. Insuficiencia mitral mínima. Válvula aórtica esclerodegenerativa, con leve insuficiencia. Aurícula izquierda ligeramente dilatada. Sin derrame pericárdico. Raíz de aorta no dilatada en su porción visible con ECOTT.

Antecedentes neumológicos: insuficiencia respiratoria crónica, con síndrome de obesidad hipoventilación + síndrome de apnea obstructiva del sueño grave, en tratamiento de soporte respiratorio con BiPAP IPAP:20; EPAP:10; FR rescate: 12 rpm; Ti:1.2; T subida:3. Insuficiencia respiratorio global crónica, retenedora de CO<sub>2</sub>. Tratamiento con O<sub>2</sub> crónico. Hiperreactividad bronquial en relación con infecciones respiratorias.

Constan en la historia clínica dos ingresos consecutivos en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz:

- Del 12 de agosto al 4 de septiembre de 2021, por celulitis en el miembro inferior derecho por E. cloacae (sobre linfedema crónico estadio IV). Insuficiencia cardíaca crónica con fracción de eyección del ventrículo izquierdo preservada descompensada. Insuficiencia

respiratoria crónica, reagudizada con acidosis respiratoria resuelta. Síndrome de apneas-hipoapneas del sueño grave. *“Durante su estancia en planta se objetiva mala tolerancia a la máquina por lo que se solicita valoración y ajuste por parte de neumología. Tras ajuste de parámetros se indica que progresivamente deben aumentar el tiempo de tolerancia a la ventilación”*.

- Del 16 al 21 de septiembre de 2021, por celulitis en el miembro inferior izquierdo y tromboflebitis superficial. Descompensación leve de insuficiencia cardíaca. Glucemias alteradas, se inicia metformina. Presbidisfagia (episodio de algún atragantamiento objetivado por Enfermería). Incidentaloma renal. Respecto al uso de BiPAP, en el evolutivo médico del día 16 de septiembre de 2021, se hace constar: *“La paciente refiere llevar unos días reintroduciendo BiPAP nocturna (aunque la tolera muy mal)”*.

Con fecha 3 de enero de 2022, tras valoración domiciliaria de la paciente por parte de su médico de familia, es trasladada en ambulancia al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Acude a Urgencias refiriendo que desde hace 15 días presenta tos, con aumento de secreciones, pero sin lograr expectorarlas, con empeoramiento de su disnea basal de mínimos esfuerzos que, desde hace 8 días, es de reposo. Además, refiere febrícula de 37.2-37.3°C en su domicilio y escucha de sibilancias dispersas en este tiempo. Niega dolor torácico, palpitaciones, náuseas, vómitos diarrea o disuria. Presenta de forma crónica gran aumento de volumen en los miembros inferiores, que le impide caminar, aunque no refiere claro empeoramiento de los mismos en este tiempo. Tampoco cuenta ortopnea o dificultad respiratoria estando acostada.

Ha recibido desde el 29 de diciembre de 2021 Amoxicilina 1g cada 8 horas, hasta ahora indicado por el médico de Atención Primaria por posible cuadro infeccioso. Refiere haber recibido 3 vacunas para SARS

Cov-2, no refiere cual. Niega contacto estrecho con pacientes COVID. Vive en el domicilio con su hijo. Apenas camina, algún paso con ayuda y para las transferencias. Come sola, pero necesita ayuda para vestirse y ducharse.

En la exploración física, hemodinámicamente estable, consciente. Tensión arterial: 140/70 mmHg; frecuencia cardíaca: 90 lpm; saturación O<sub>2</sub>:98% con O<sub>2</sub> a 4L. Sin cianosis, ni hematomas, anasarca, gran aumento de volumen en los miembros inferiores, con signos de insuficiencia venosa, sin signos de flogosis.

Ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos, no frémito. Tórax: crepitantes bibasales, hipofonesis en ambos hemitórax. Abdomen: globuloso, RHA (+), blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda. Glasgow 15/15. Sin signos de focalidad neurológica.

Se solicitan electrocardiograma (fibrilación auricular ya conocida), analítica de sangre, gasometría arterial, radiografía de tórax (redistribución vascular con senos costofrénicos pinzados bilateralmente) y ecografía a pie de cama (derrame pleural bilateral). Se realiza juicio clínico de descompensación de insuficiencia cardíaca crónica. Insuficiencia respiratoria global en relación a la previo. Posible infección respiratoria como desencadenante del cuadro. PCR Covid negativa.

Plan: ingreso a cargo de Medicina Interna. Balance negativo con furosemida 40 mg/8h. Se indica sondaje vesical en ese momento. Cuantificar diuresis. Ha realizado abundante diuresis en pañal previa a la sonda vesical. Sulfato de zinc y Canestén por intertrigo submamario. Se pauta tratamiento habitual. Se solicita PCR de virus múltiple. Analítica de sangre de ingreso para el día siguiente. - Oxigenoterapia que precise para saturación O<sub>2</sub> sobre 90-92%. No más porque retiene.

Tiene un último ecocordio de agosto del 2021. No se solicita, de momento, uno nuevo. Valorar posteriormente necesidad de repetirlo. Familiares informados. Traerán medicación (Trastec) y su BiPAP para los próximos días. *“Su hijo ... me cuenta mala tolerancia a la máquina con muy poco/nulo uso por la noche. Actualmente ha optado por ponérsela 1 hora por la mañana y 1 hora por la tarde”.*

El día 4 de enero de 2022, a las 17:30 horas, en el evolutivo de Enfermería se hace constar: *“aviso a internista de guardia por saturación O2 77% con V<sub>k</sub> 31% Finalmente dejo con V<sub>k</sub> 35%. Reposo en cama. Sonda vesical permeable”.*

Con fecha 5 de enero de 2022, a las 13:36 horas en el evolutivo de Enfermería: *“analítica sanguínea para el viernes 7 de enero. Oxígeno para mantener saturación en torno a 90-92% ahora con V<sub>K</sub> al 35% 8 L. Pendiente de traer CPAP de casa. Llama su hijo demandando información médica, se le pasa una llamada para poder hablar con él”.*

Al pase de planta, buen estado general, refiere mejoría de la sintomatología, aunque presenta importantes accesos de tos sin expectoración. Refiere mejoría de edemas en miembros inferiores y del dolor.

En la exploración física, tensión arterial: 131/76; frecuencia cardíaca 76; temperatura 36,5°C; saturación 91% con V<sub>K</sub> 35% (8 lpm).

Auscultación cardíaca: arritmica, sin soplos. Auscultación pulmonar: crepitantes en bases y sibilancias. Miembros inferiores: aumento de volumen en miembros inferiores. Se solicita para el viernes siguiente PCR múltiple: positivo para para influenza 3.

El juicio clínico es de descompensación de insuficiencia cardíaca. En tratamiento con furosemida 40 mg cada 8h. Oxigenoterapia con V<sub>K</sub> 35% (8 lpm). Saturación 91%. Último ecocordio: en agosto 2021:



hipertrofia ligera de septo basal, FEVI 65%, sin alteraciones de la contractilidad segmentaria. Sin valvulopatías significativas. Resto sin alteraciones de interés. Posible desencadenante: infección respiratoria de origen vírico. PCR múltiple positiva para Parainfluenza 3.

Plan: se mantiene tratamiento. Se cambia a Urbason a 20 mg c/8 h - Cuantificar diuresis con analítica de sangre para el 7 de enero. Oxigenoterapia para mantener saturación en torno a 90-92%. Se informa a familiares. Se informa a su hijo. Intentarán traer su CPAP.

Con fecha 5 de enero de 2022, se hace constar en el evolutivo de Enfermería a las 20:51 horas: *“paciente trasladada de la unidad 63. Vt 35% con saturaciones mantenidas en torno a 88-90%. Escasa ingesta a dieta. Analítica el 7 de enero”*.

El día 6 de enero de 2022, las constantes de la paciente por la mañana: tensión arterial: 108/62; frecuencia cardíaca: 82; saturación O<sub>2</sub> 89 a 8 l/m. Por la tarde: tensión arterial 134/66; frecuencia cardíaca: 89; saturación O<sub>2</sub> 90%.

A las 18:16 horas, en el evolutivo de Enfermería: *“desorientada, se retira O<sub>2</sub> con desaturación y cianosis, que remonta con VK al 100. Colocamos sujeciones en miembros superiores. Queda con VK al 35% con saturación entre 88-90%”*.

Con fecha 7 de enero de 2022, a las 00:11 horas: *“tensión arterial: 144/69; frecuencia cardíaca: 89 lpm; temperatura 36.2; saturación O<sub>2</sub> 81%, 8 l/m. Agitación.”* Y a las 00:58 horas: *“Al pase con disnea ya que se consiguió quitar VMK. Se administra 1/3 de cloruro mórfico. Queda más tranquila. Pasa buena noche, tranquila y sin incidencias. Analítica de sangre sacada”*.

En el evolutivo de Enfermería:

Por la mañana: *“subo VK a 1ª hora por desaturación. Aviso a su médico. Sacada analítica y gases arteriales. Se sube al 100%. Valorada por Neumología”.*

13:20 horas: *“subo VK a 1ª hora por desaturación. Aviso a su médico. Sacada analítica y gases arteriales. Se sube al 100%. Valorada por Neumología. Si hay parada cardiorrespiratoria, no reanimación cardiopulmonar”.*

13:33 horas: *“PCR negativa”.*

14.18 horas: *“exitus. Aviso a su médico y funeraria”.*

Evolutivo médico:

*“Muy dormida, mal estado. Aspecto congestivo... Cuando la vemos tiene V<sub>k</sub> al 60%. Pido gasometría arterial y comento con UCIR. La valorarán. Pido radiografía de tórax urgente. Autorizo al hijo ...a venir a visitarla. Informado por tfno ...”.*

Se realiza el informe de autorización de acompañamiento de familiares: creado a las 11:43 horas, por mal pronóstico inmediato.

*“12:00 horas. Empeoramiento clínico, haciendo pausas de apnea. Vista por UCIR, descartan tratamiento. Aviso a su familiar, que está viniendo para el hospital. No PCR (reacción en cadena de la polimerasa)”.*

*“14:15 horas. Avisan por fallecimiento. Se comprueba ausencia de signos vitales. La paciente fue tratada con diuréticos y broncodilatadores. Se le planteó seguir con la CPAP, pero la enferma lo rechazó. Tras un periodo de mejoría inicial, la enferma se fue deteriorando. El día 7 por la mañana estaba dormida con aspecto congestivo. Se realizó gasometría demostrando hipercapnia extrema.*

*Se avisó a UCIR, descartando intervención dado su estado agónico. La enferma fallece el día 7 de enero”.*

**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).

Consta en el expediente la historia clínica de la paciente en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz (folios 100 a 3258 del expediente).

Se ha incorporado al procedimiento, en cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 79 y 81.1 de la LPAC, el informe emitido el 15 de diciembre de 2022 por el jefe del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, quien se limita a señalar que *“la paciente ingresa desde Urgencias por un cuadro de insuficiencia respiratoria global en relación con infección respiratoria y cuadro de Insuficiencia cardíaca. Dado los antecedentes de la paciente y los datos de laboratorio y radiografía, el ingreso estaba indicado”.*

Consta también en el expediente el informe emitido el 4 de enero de 2023 por el jefe de Servicio de Neumología del citado centro hospitalario, que, en cuanto a la actuación del citado servicio, indica lo siguiente: *“en el momento de nuestra valoración: la paciente presenta bajo nivel de alerta, respiración agónica con pausas de apnea y una gasometría esa mañana en acidosis respiratoria extrema, con pH 7.19, una PCO2 de más de 150 mmHg y una PO2 (con oxígeno suplementario al 60%) de 44 mmHg. En esta situación de gravedad extrema, no existe indicación para el soporte no invasivo por su futilidad, por lo que se desestima ingreso en la UCIR para dicho tratamiento, quedando el manejo en manos de sus médicos tratantes del Servicio de Medicina Interna”.*

Por su parte, el Servicio de Medicina Interna, mediante informe firmado por el jefe del servicio en la misma fecha, 4 de enero de 2023, se limita a relatar cronológicamente la asistencia sanitaria dispensada a la paciente por el referido servicio.

Asimismo, obra en el expediente el informe de la Inspección Sanitaria, de 12 de diciembre de 2023, en el que, tras analizar la historia clínica de la paciente fallecida, los informes emitidos en el curso del procedimiento y realizar las oportunas consideraciones médicas, considera que la paciente fue atendida correctamente en todos los servicios y que no existe evidencia de que la asistencia prestada haya sido incorrecta o inadecuada a la *lex artis*.

Tras la incorporación al procedimiento de los anteriores informes, y mediante oficio de 15 de enero de 2024, se confiere el trámite de audiencia tanto al reclamante como al centro sanitario concertado. Este último, por medio de su gerente, remite el 16 de febrero de 2024 su escrito de alegaciones, en el que se remite al contenido de los informes de los servicios de Urgencias, Neumología y Medicina Interna, así como al emitido por la Inspección Sanitaria, y concluye que está acreditado en el expediente que la atención dispensada a la paciente fue conforme a la *lex artis*, tanto en los diagnósticos como en la atención médica prestada.

No consta en el procedimiento la formulación de alegaciones por parte del reclamante.

Finalmente, con fecha 17 de abril de 2024, se formula propuesta de resolución por la que se desestima la reclamación, al considerar que no concurren los presupuestos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial.

**CUARTO.-** Por escrito de la consejera de Sanidad, con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 23 de abril de 2024, se formuló preceptiva consulta a este órgano consultivo.

Ha correspondido la solicitud de dictamen, registrada con el n.º 262/24, al letrado vocal D. Francisco Javier Izquierdo Fabre, que formuló y firmó la propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en la sesión referida 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 superior a 15.000 euros y por solicitud de la consejera 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, según establece su artículo 1.1.

El reclamante ostenta legitimación activa para promover dicho procedimiento, conforme a lo dispuesto en el 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), al sufrir el daño moral causado por el fallecimiento de su familiar. A efectos de acreditar debidamente la relación de parentesco que liga al reclamante con la fallecida, se ha incorporado al expediente una copia del libro de familia.

Igualmente, se cumple la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, por cuanto el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado por asistencias desarrolladas en un centro sanitario concertado con la Comunidad de Madrid: el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

Como hemos dicho reiteradamente, es imputable a la Administración sanitaria la responsabilidad por el funcionamiento de los servicios públicos en el seno de las prestaciones propias del Sistema Nacional de Salud, sea cual fuere la relación jurídica que la une al personal o establecimientos que directamente prestan esos servicios, sin perjuicio de la facultad de repetición que pudiera corresponder. En este sentido se manifestó el Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid (valgan por todos los dictámenes 211/12, de 11 de abril y el más reciente 13/15, de 21 de enero) y ha sido reiterado por esta Comisión Jurídica Asesora (dictámenes 112/16, de 20 de mayo; 203/17, de 18 de mayo y 107/18, de 8 de marzo) asumiendo la reiterada doctrina del Tribunal Superior de Justicia de Madrid expresada, entre otras, en las sentencias de 30 de enero (recurso 1324/2004, Sala de lo contencioso-Administrativo, Sección 8ª) y de 6 de julio de 2010 (recurso 201/2006, Sala de lo Contencioso- Administrativo, Sección 9ª).

En esta misma línea se sitúa la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de las Islas Canarias (Santa Cruz de Tenerife) de 22 de mayo de 2019 (rec. 68/2019) que, tras destacar que la LPAC no recoge una previsión similar a la disposición adicional duodécima de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC), considera que, en los casos en los que la asistencia sanitaria a usuarios del Sistema Nacional de Salud es prestada por entidades concertadas con la Administración (como era el caso), se trata de sujetos privados con funciones administrativas integrados en los servicios

públicos sanitarios, por lo que no es posible que se les demande ante la jurisdicción civil ya que actúan en funciones de servicio público.

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 prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo.

En el presente caso, en el que se reclama por el fallecimiento de la madre del reclamante -lo que aconteció el 7 de enero de 2022- dicha fecha constituye el *dies a quo*. En consecuencia, la reclamación, presentada el 25 de octubre de 2022, ha sido formulada en plazo.

El procedimiento seguido no adolece de ningún defecto de anulabilidad o nulidad, por cuanto se han llevado a cabo todas las actuaciones necesarias para alcanzar adecuadamente la finalidad procedimental. Así, se ha solicitado el informe preceptivo previsto en el artículo 81.1 de la LPAC, de modo que han emitido informe los servicios de Urgencias, Neumología y Medicina Interna del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, implicados en el proceso asistencial de la madre del reclamante. También consta haberse emitido informe por la Inspección Sanitaria y se ha incorporado al expediente administrativo la historia clínica.

Tras la instrucción del procedimiento, se confirió trámite de audiencia al interesado y al centro sanitario concertado, conforme al artículo 82 de la LPAC. Por último, se ha formulado la correspondiente propuesta de resolución.

**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. El desarrollo legal de este precepto se encuentra contenido actualmente en los artículos 32 y siguientes de la LRJSP, completado con lo dispuesto en materia de procedimiento en la ya citada LPAC.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, por todas, en las Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 11 de julio de 2016 (recurso de casación 1111/2015) y 25 de mayo de 2016 (recurso de casación 2396/2014), requiere:

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. Así, la Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de junio de 2007 (recurso 10231/2003), con cita de otras muchas declara que: *“es doctrina jurisprudencial consolidada la que sostiene la exoneración de responsabilidad para la Administración, a pesar del carácter objetivo de la misma, cuando es la conducta del propio perjudicado, o la de un tercero, la única determinante del daño producido, aunque hubiese sido incorrecto el funcionamiento del servicio público”*.

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 cabalmente causado por su propia conducta. Así, según la Sentencia del



Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso 1515/2005) y las 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”*.

Además, en la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público. El criterio de la actuación conforme a la denominada *lex artis* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios, pues la responsabilidad no nace sólo por la lesión o el daño, en el sentido de daño antijurídico, sino que sólo surge si, además, hay infracción de ese criterio o parámetro básico. Obviamente, la obligación del profesional sanitario es prestar la debida asistencia, sin que resulte razonable garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

Según la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 15 de marzo de 2018 (recurso 1016/2016), en la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, *“no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente”*, por lo que *“si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido”*, ya que *“la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se*

*producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados”.*

**CUARTA.-** 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 del reclamante por el solo hecho del fallecimiento de su familiar, “*daño moral cuya existencia no necesita prueba alguna y ha de presumirse como cierto*” [Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de noviembre de 2004 (recurso 7013/2000) y Sentencia de 25 de julio de 2003 (recurso 1267/1999)].

La existencia de un daño, sin embargo, no es suficiente para declarar la existencia de responsabilidad, por lo que ha de analizarse si concurren los demás requisitos necesarios para apreciarla.

El interesado cuestiona en su reclamación las causas del rápido deterioro de la salud de su madre, que, según afirma, ingresó en el hospital por “*un simple catarro casi curado*” y, especialmente, reprocha que los facultativos del centro sanitario no aplicaran a su familiar los cuidados intensivos y las medidas de reanimación que la situación de la paciente demandaba, con el fin de evitar el fatal desenlace.

En este sentido, para determinar la supuesta infracción de la *lex artis* denunciada, debemos partir de la regla general de que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación, tal y como se recoge en el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil que regula las reglas de la carga de la prueba. En este sentido se ha pronunciado la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 4 de mayo de

2018 (recurso 532/2016), con cita de la jurisprudencia reiterada del Tribunal Supremo.

Además, hemos de tener presente, como recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en Sentencia de 12 de noviembre de 2018 (recurso 309/2017) que *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales medicas pues se está ante una cuestión eminentemente técnica y como este Tribunal carece de conocimientos técnicos-médicos necesarios debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos. En estos casos los órganos judiciales vienen obligados a decidir con tales medios de prueba empleando la lógica y el buen sentido o sana crítica con el fin de zanjar el conflicto planteado”*.

Pues bien, en este caso el reclamante no ha incorporado al procedimiento ningún tipo de acreditación de que la atención que le fue dispensada a su familiar fuera incorrecta o inadecuada, sin que sirvan a este propósito las afirmaciones contenidas en el escrito de reclamación, pero sin sustento probatorio alguno. Por el contrario, los informes médicos que obran en el expediente, en especial el de la Inspección Sanitaria, contrastados con la historia clínica examinada, ponen de manifiesto que la asistencia sanitaria dispensada fue conforme a la *lex artis* y que la paciente no ingresó, como afirma el reclamante, por un simple catarro o una infección respiratoria, sino, en palabras de la Inspección Sanitaria, *“por una descompensación de dos sistemas: el cardíaco y el pulmonar”*, como consecuencia de una frágil situación basal.

En este sentido, la Inspección Sanitaria refiere en su informe, y así resulta de los antecedentes de hecho anteriormente transcritos, que la paciente *«durante el año 2021 sufre dos ingresos. El primero del 12 de agosto de 2021 al 4 de septiembre de 2021 (24 días) por celulitis de miembro inferior izquierdo, descompensación de insuficiencia cardíaca*

*crónica y reagudización de insuficiencia respiratoria crónica. Y segundo ingreso unos días después, del 16 de septiembre de 2021 al 21 de septiembre de 2021, por celulitis de miembro inferior derecho con tromboflebitis superficial, descompensación de insuficiencia cardíaca, y nuevo diagnóstico de diabetes mellitus y carcinoma renal...Estos ingresos suponen en la paciente un gran empeoramiento de su situación basal y calidad de vida, aumentado su fragilidad. Tras segundo ingreso precisa para desplazamientos silla de ruedas y es dependiente para las actividades básicas de la vida diaria, con incontinencia urinaria. Además, desde su centro de Atención Primaria se ayuda a la tramitación de Ley de Dependencia, otorgándose el Grado 2 “dependencia severa”».*

Partiendo de tal situación, se cursa el ingreso de la paciente el día 4 de enero de 2021, con un diagnóstico de descompensación de insuficiencia cardíaca crónica y reagudización de una insuficiencia respiratoria crónica, que tiene como precipitante una infección respiratoria por virus Parainfluenza 3. Además, una radiografía de tórax objetiva signos de hipoventilación y derrame pleural. En consecuencia, se trata de una nueva descompensación cardíaca y respiratoria grave, que precisa de un nuevo ingreso hospitalario, en este caso, el tercer ingreso en un plazo de 6 meses.

El reclamante reprocha también, como ya señalábamos, que los facultativos del centro sanitario no aplicaran a su familiar los cuidados intensivos y las medidas de reanimación que la situación de la paciente demandaba. En particular, refiere en su escrito que, tras tener acceso al informe médico de 7 de enero de 2022, en el que consta que la paciente rechazó seguir con presión positiva continua en la vía aérea, el reclamante advirtió que, sin embargo, no figuraba en él tal negativa, de modo expreso y firmada de su puño y letra, lo cual es obligatorio, según afirma, cuando la paciente rechaza un tratamiento, “*si es que lo rechazó, ya que a mí me contó que el medico de planta ni tan siquiera le menciono dicha máquina...*”.

En este sentido, y como ya señalábamos en nuestros dictámenes 196/16, de 16 de junio y 319/18, de 12 de julio, haciéndonos eco de la doctrina del Consejo Consultivo (así el Dictamen 364/13, de 11 de septiembre), los pacientes no tienen derecho a decidir las técnicas médicas concretas que han de ser aplicadas. Al respecto, la sentencia del Tribunal Supremo de 2 de enero de 2012 (recurso 6710/2010) considera que una cosa es la información al paciente y otra entrar en las concretas técnicas médicas. En definitiva, no son los familiares de un paciente o este mismo quienes establecen las diversas pautas u opciones de tratamiento a seguir, sino el personal sanitario, de modo que es cierto que existe el documento de consentimiento informado, pero ello no implica que sea el paciente quien decida el tratamiento que necesita.

A ello se añade que la decisión de los padres o familiares no puede incluir tratamientos inútiles, no apropiados o que, incluso, pueden hacer sufrir innecesariamente al paciente so pretexto de mantenerlo con vida, dando lugar a lo que se conoce como encarnizamiento terapéutico. Al respecto, la Inspección Sanitaria indica que *“no sé solicitó valoración de la unidad de cuidados intensivos (UCI) porque los facultativos tuvieron en cuenta los factores que condicionaban el pronóstico de la paciente (cardiopatía, fibrilación auricular, insuficiencia respiratoria crónica, apnea obstructiva del sueño, así como la situación funcional y el estado de fragilidad). Sin embargo, si se solicitó valoración por la UCIR, pero dada la gravedad de la situación de la paciente (hipercapnia extrema y pausas de apnea) se descartó tratamiento. Por lo tanto, dado la rápida instauración y grave empeoramiento se iniciaron medidas de confort, falleciendo unas horas después. No se realizaron maniobras de reanimación cardiorrespiratoria, entendiéndose por los facultativos que la paciente había llegado a la fase final de la vida, no siendo indicado tratamiento agresivos/invasivos, y si indicados el acompañamiento y tratamiento de la disnea y malestar, realizando medidas de confort”*.

Por último, y frente a lo que parece subyacer en la reclamación formulada, no parece que pueda considerarse, atendiendo a las actuaciones, que ha habido un déficit en la información suministrada por los facultativos que atendieron a la paciente en relación a su situación médica, a la medicación suministrada a la misma y a la finalidad de la misma. Así consta en las actuaciones que se informó pormenorizadamente a la familia de la irreversibilidad del proceso y del inicio de un tratamiento de confort. A estos efectos constan diversas anotaciones en la historia clínica referidas a la interacción entre el reclamante, el equipo médico que atendió a la paciente y la propia paciente, y así cabe destacar sendas anotaciones del 5 de enero de 2022: *“Llama su hijo demandando información médica, se le pasa una llamada para poder hablar con él”; “Plan: se mantiene tratamiento. Se cambia a Urbason a 20 mg c/8 horas. Cuantificar diuresis con analítica de sangre para el 7 de enero. Oxigenoterapia para mantener saturación en torno a 90-92%. Se informa a familiares. Se informa a su hijo...”*.

Es igualmente ilustrativa la anotación del 7 de enero de 2022: *“12:00 horas. Empeoramiento clínico, haciendo pausas de apnea. Vista por UCIR, descartan tratamiento. Aviso a su familiar, que está viniendo para el hospital ...”*.

Cabe entender, por tanto, que ha habido una atención continua a la familia de la paciente durante su estancia hospitalaria, con suministro periódico de información sobre la situación médica, pronóstico, tratamientos a dispensar y finalidad del mismo, por lo que entendemos que tampoco desde este punto de vista cabe formular reproche asistencial alguno al hospital de referencia.

Todo lo señalado lleva a la propia Inspección a concluir que *“la paciente sufre insuficiencia respiratoria crónica e insuficiencia cardíaca crónica avanzada con NYHA III (disnea mínimos esfuerzos). Tras los dos ingresos de los 6 meses anteriores, claramente puede verse el*

*empeoramiento de la situación basal y calidad de vida de paciente (Barthel 30) que pasa de uso bastón a uso de andador, y que, tras segundo ingreso, precisa silla de ruedas para desplazamientos, así como disnea de mínimos esfuerzos e incluso de reposo. Se hace evidente la fragilidad y gravedad que presenta la paciente, así como la evolución negativa de su situación vital y de sus enfermedades de base, asociado todo ello, según la bibliografía a un aumento de la mortalidad”, de modo que, por tanto, la asistencia sanitaria dispensada “fue adecuada y de acuerdo a lex artis”.*

Conclusión a la que debemos atenernos dado que el informe de la Inspección Sanitaria obedece a criterios de imparcialidad, objetividad y profesionalidad, como ha puesto de manifiesto el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en multitud de sentencias, entre ellas la dictada el 24 de febrero de 2020 (recurso 409/2017): “...sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis, puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del médico inspector, y de la coherencia y motivación de su informe”.

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

## **CONCLUSIÓN**

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada, al no haberse acreditado infracción de la *lex artis* en la atención sanitaria dispensada a la madre del reclamante.

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 23 de mayo de 2024

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 288/24

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid