

Dictamen n.º: **148/26**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **18.03.26**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 18 de marzo de 2026, 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. (en adelante, “*el reclamante*”), por el daño moral derivado del fallecimiento de su madre, Dña., que atribuye a una incorrecta asistencia sanitaria en el Hospital Universitario Santa Cristina, en el Hospital Universitario Clínico San Carlos y en el Centro de Salud Puerta del Ángel, al entender que el fallecimiento estuvo ocasionado por no seguir el protocolo COVID.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por escrito presentado el día 4 de enero de 2024, firmado por el reclamante, se formula reclamación de responsabilidad patrimonial ante el Servicio Madrileño de Salud, por el fallecimiento de su familiar, que atribuye a la asistencia médica que le fue prestada en los referidos centros sanitarios.

La reclamación relata que la madre del reclamante empezó a sentir fuertes dolores en su pierna derecha, que se reflejaban en su

zona lumbar, de modo que, tras una llamada telefónica a Urgencias de su centro de salud del Paseo de Extremadura, le prescribieron calmantes y antiinflamatorios. Reprocha que los sanitarios de Asistencia Primaria nunca acudieron a su domicilio, situado a escasos 300 metros de distancia del centro de salud, ni a evaluarla, ni a reconocerla.

El reclamante indica que, posteriormente, el día 31 de agosto de 2022, su madre acudió al Servicio de Urgencias de su hospital de referencia, el Hospital Clínico San Carlos de Madrid. donde, tras esperar el día completo, se le comunicó que la paciente quedaba en observación en la sala de espera previa de ese servicio, y que ni la paciente ni los familiares recibieron información del diagnóstico, limitándose a indicarles que sólo estaban haciendo un seguimiento del dolor lumbar.

Refiere que, al día siguiente, el director del Servicio de Urgencias, en conversación telefónica, comentó a los familiares el problema de alta incidencia de COVID19 en el Hospital Clínico San Carlos, lo que les llevó a decidir el traslado urgente de la paciente a otro hospital de menor riesgo de COVID19, el Hospital Universitario Santa Cristina de Madrid, a pesar de lo cual, según reprocha el reclamante, no se vacunó a la paciente, que ya se había vacunado contra la COVID 19 con sus dosis de recuerdo hasta esta fecha.

El escrito indica que, siguiendo las pautas médicas, la paciente fue trasladada al Hospital Universitario Santa Cristina y, posteriormente, para realizar una broncoscopia, regresó al Hospital Clínico Universitario San Carlos. A continuación, el reclamante relata la evolución clínica posterior hasta el fallecimiento de la paciente, acaecido el 9 de enero de 2023, que, según afirma, se produce *“sin género de dudas por una falta de procedimientos en los triajes, y traslados entre hospitales que no siguen un criterio constante y*

consistente. Desde su ingreso en Urgencias de Traumatología en el hospital Clínico San Carlos (31 de agosto de 2022), su traslado al hospital Santa Cristina para evitar la fuerte epidemia de COVID19 en el San Carlos, y su vuelta (29 de septiembre de 2022) a este hospital "de riesgo" para hacerle una prueba que nunca se le llegó a realizar, desemboca en que la paciente tenga máxima exposición al COVID19, hecho que se quería evitar y finalmente se infecta (13 de octubre de 2022). Además, a la paciente no se le suministra la obligada dosis de recuerdo en ese mes y medio que está ingresada hasta que se infecta de COVID19.

En definitiva, es una continua mala elección de traslados y cuidados simples, que desembocaron en el hecho traumático del fallecimiento de la paciente”.

Conforme a lo expuesto, se solicita en la reclamación una indemnización económica por importe de 25.000 euros, y con el escrito se adjunta a la reclamación una copia del documento nacional de identidad del reclamante y del de la fallecida, una fotocopia del libro de familia y diversa documentación médica acreditativa del proceso asistencial expuesto.

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

La paciente, de 87 años de edad en el momento de los hechos, tenía antecedentes de hipertensión arterial, diabetes tipo 2, dislipemia mixta, hipotiroidismo e insuficiencia renal crónica desde 2012, síndrome mielodisplásico, con anemia crónica y necesidad de transfusiones frecuentes, gastropatía atrófica autoinmune con déficit de vitamina B12, reflujo gastroesofágico, litiasis biliar y hemorroides internas, artritis deformante, síndrome de túnel carpiano, cefalea tensional, hipoacusia neurosensorial, y antecedentes quirúrgicos

relevantes como prótesis de cadera y rodilla y cistocele. Por último, alergia a ibuprofeno e intolerancia a tramadol.

Con fecha 22 de agosto de 2022, consulta telefónica de Urgencias con el Centro de Salud Puerta del Ángel por dolor lumbar irradiado a miembro inferior derecho (posible ciática o radiculopatía).

Se prescribe tratamiento con antiinflamatorios y analgésicos y, al no mejorar, ni poder desplazarse a realizarse una radiografía, trasladan a la paciente en ambulancia a Urgencias del Hospital Clínico Universitario San Carlos, donde ingresa el 31 de agosto de 2022, por persistencia del dolor lumbar irradiado. No se detecta patología aguda en las imágenes (no hay fracturas ni hernias evidentes). Se traslada al Hospital Universitario Santa Cristina para observación, control del dolor y por menor riesgo de contagio Covid-19. Se realiza prueba de antígeno para SARS-CoV-2, con resultado negativo.

El 1 de septiembre de 2022 ingresa en Medicina Interna del Hospital Universitario Santa Cristina. La paciente presenta incapacidad para caminar por el dolor. Se detecta hemoglobina baja (8.6 g/dL), indicativa de anemia. Se administran transfusiones por episodios de anemia refractaria. En la radiografía torácica se observan áreas parcheadas bilaterales (posible infección o inflamación pulmonar). Se inicia oxigenoterapia (saturación de oxígeno en sangre del 92% con aporte externo).

El 2 de septiembre de 2022 se descarta nuevamente infección por SARS-CoV-2 mediante PCR y test de antígenos, se comienza tratamiento antibiótico empírico, se añaden broncodilatadores y se mantienen esteroides sistémicos.

Durante la estancia se observan hematomas en miembros superiores (sangrado bajo la piel), rotura completa antigua del músculo supraespinoso derecho (lesión del manguito rotador), y adelgazamiento

de tendones subescapular e infraespinoso (degeneración tendinosa), según ecografía de hombro.

Con fecha 6 de septiembre de 2022, se solicita TAC toracoabdominal y lumbosacro y se objetiva imagen en vidrio deslustrado en el tórax, colecciones peri protésicas en cadera y muslo derecho, estenosis de canal y hernias discales múltiples.

Se inicia tratamiento con levofloxacino y se continúa con esteroides, aunque sin respuesta clínica clara. No se requiere oxígeno durante algunos días. El tratamiento del dolor se realiza mediante parches de fentanilo y se inicia rehabilitación durante la estancia hospitalaria. Se detectan anticuerpos P-ANCA y anti-DNA positivos (indicadores de enfermedad autoinmune), junto con elevación de reactantes de fase aguda. Se decide iniciar estudio de vasculitis, con biopsia renal pendiente. Se solicita broncoscopia, pero no puede realizarse en ese centro, por lo que se traslada a la paciente al Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Clínico San Carlos. La familia está de acuerdo.

El 9 de septiembre de 2022, la paciente presenta buen control del dolor con fentanilo transdérmico. Rehabilitación coloca TENS (estimulación nerviosa eléctrica transcutánea) lumbar.

Con fecha 13 de septiembre de 2022, se realiza interconsulta con Neumología. Se detectan infiltrados pulmonares bilaterales (posible inflamación o infección en ambos pulmones) sin síntomas respiratorios. El TAC muestra adenopatías calcificadas mediastínicas e hiliares derechas (ganglios linfáticos endurecidos por depósitos de calcio). Se solicitan al hijo informes actualizados del Hospital Clínico Universitario San Carlos y se revisan radiografías anteriores. El 20 de septiembre de 2022 se realiza interconsulta a Reumatología.

El 22 de septiembre de 2022, nueva interconsulta con Neumología. Paciente con infiltrados pulmonares bilaterales y gran limitación funcional, sin síntomas respiratorios. Se aconseja derivación a hospital de referencia por falta de medios diagnósticos. Se cierra la interconsulta y se plantea nueva si mejora para realizar pruebas funcionales respiratorias. Se informa a su hijo.

Con fecha 29 de septiembre de 2022, la paciente ingresa en el Hospital Clínico Universitario San Carlos. Se realiza PCR para SARS-CoV-2, con resultado negativo. Ante fiebre persistente y cultivos negativos (hemocultivos y urocultivos), se solicita TAC de pelvis con contraste el 10 de octubre de 2022, que muestra colecciones intramusculares extensas (250 mm de longitud, 20 x 8 cm) alrededor del isquion derecho con osteítis reactiva (inflamación ósea) sin poder descartar osteomielitis.

El 11 de octubre de 2022 se realiza biopsia con aguja gruesa, guiada por ecografía, en el músculo semitendinoso derecho, con obtención de 18 cc de líquido hemopurulento. El cultivo microbiológico resulta negativo, sin que se hubiera administrado antibiótico previamente. Se consulta al Servicio de Traumatología en tres ocasiones para valorar drenaje quirúrgico, pero se desestima la intervención.

Con fecha 18 de octubre de 2022, el Servicio de Reumatología evalúa a la paciente y plantea diagnóstico de enfermedad pulmonar intersticial difusa con patrón de neumonía intersticial no específica (NINE), con características autoinmunes y signos de progresión. Se recomienda aumentar la dosis de corticoides y valorar el uso de inmunosupresores como azatioprina o micofenolato mofetilo, aunque se decide posponer el tratamiento inmunosupresor hasta tener control etiológico de las colecciones lumbares. Se revisan las imágenes previas con Radiodiagnóstico, que confirman la presencia

del infiltrado intersticial pulmonar desde 2021. Se recomienda seguimiento radiológico y que los resultados de la broncoscopia solicitada podrían ayudar a precisar el diagnóstico.

El 24 de octubre de 2022 la prueba para SARS-CoV-2 indica infección activa. Se traslada a la paciente a zona de aislamiento por COVID-19. Con fecha 26 de octubre de 2022, se suspende la broncoscopia prevista, debido a la infección por SARS-CoV-2 y por necesitar oxígeno exógeno a alto flujo a causa de distrés respiratorio.

Con fecha 2 de noviembre de 2022, la paciente presenta hemiplejía derecha y afasia. Se realiza TAC de cráneo, que muestra isquemia cerebelosa derecha de probable cronología subaguda (ictus).

El 4 de noviembre de 2022, el TC craneal de control a las 48 horas revela además una isquemia reciente en región frontal parasagital izquierda. Se inicia rehabilitación y logopedia por las secuelas neurológicas.

Con fecha 8 de noviembre de 2022, se realiza interconsulta a Neurología. Paciente de 87 años con antecedentes pulmonares, anemia y plaquetopenia, ingresada por neumonía. Presenta afasia y hemiparesia derecha, con puntuación NIHSS 21+3. La exploración física confirma déficit neurológico significativo. Diagnóstico: infarto cerebral en territorio de la arteria cerebral anterior (ACA), con hemiplejía y afasia no comunicativa.

El 15 de noviembre de 2022, interconsulta con Rehabilitación, que refiere mejoría de la alteración del lenguaje y movilidad.

Con fecha 18 de noviembre de 2022, reevaluación por Reumatología, ante aumento de reactantes de fase aguda, considerando tratamiento con Azatioprina, aunque los anticuerpos

ANCA y anti-DNA están ya negativos. Probable vasculitis sistémica con afectación pulmonar.

El 25 de noviembre de 2022 se observa distrés respiratorio, posiblemente por insuficiencia cardíaca congestiva asociada a enfermedad pulmonar intersticial e infección activa por SARS- CoV-2. Se aumenta el soporte respiratorio con Ventimask al 35% y se inicia oxigenoterapia de alto flujo (OAF) para controlar la disnea y mejorar el confort.

La evolución hospitalaria es complicada por infecciones: urinaria, úlcera sacra infectada y neumonía. Se administran antibióticos de amplio espectro como Meropenem, Vancomicina y Septrim. El 27 de diciembre de 2022 se solicita interconsulta con el especialista en enfermedades intersticiales del Servicio de Neumología.

Tras la mala evolución, la paciente fallece el 9 de enero de 2023 por desaturación y posterior parada cardiorrespiratoria.

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).

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 81 de la LPAC, constan incorporados al expediente tramitado la historia clínica y los informes de los servicios médicos que intervinieron en la asistencia prestada a la madre del reclamante.

Así, fechado el 22 de abril de 2024, consta en el expediente el informe de la directora del Centro de Salud Puerta del Ángel, quien se limita a indicar que *“la paciente ... se pone en contacto con el CS Puerta del Ángel el día 22 de agosto del 2022, por un episodio de ciática, se le pauta tratamiento con un relajante muscular robaxin 1/8 horas , ante la*

no mejoría del proceso el día 26 se sube la dosis de la medicación y se le indica que debía realizarse una radiografía pero la paciente dice que no puede desplazarse y el día 31/8/2022 al ver que seguía sin mejorar, periodo suficiente para apreciarse mejoría con el tratamiento, se decide trasladarla en ambulancia al Hospital Clínico con el fin de proceder a realizarle pruebas diagnósticas.

De todo lo demás que ocurrió a partir de su llegada al hospital no puedo aportar información...”.

De igual modo, se ha incorporado el informe emitido por el Servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico Universitario San Carlos, de 2 de julio de 2024, que relata cronológicamente la asistencia sanitaria dispensada a la paciente y refiere que “se trata de una paciente añosa con pluripatología basal que es trasladada a nuestro centro por medios propios con Importante limitación funcional y dolor lumbar con Irradiación hacia miembro inferior derecho.... Que la paciente no responde propiamente a tratamientos específicos pautados durante la hospitalización creando una evolución tórpida, falleciendo por probable fallo multiorgánico a pesar de las diversas medidas y soporte terapéutico... Que durante la hospitalización de ningún paciente se pautan vacunas hasta que culmine el proceso agudo al no considerarse beneficioso ni oportuno en especial en medio de procesos agudos o inmunosupresiones...”.

Figura también en el expediente el informe del Servicio de Reumatología del centro hospitalario, emitido el 31 de julio de 2024, en el que se indica que “durante la evaluación, como parte del estudio para clasificación diagnóstica, se planteó la solicitud de pruebas complementarias, incluidos análisis, inmunología, estudios de imagen y broncoscopia. Respecto al tratamiento, además del uso de glucocorticoides, se planteó el uso de agentes inmunosupresores y/o ahorradores de glucocorticoides, Azatioprina y/o Mofetil Micofenolato,

en función de comorbilidades e infecciones intercurrentes durante el ingreso”.

Por su parte, el Servicio de Neumología, en informe de 9 de julio de 2024, indica que, *“efectivamente, se solicitó una fibrobroncoscopia que el 26 de octubre no se realizó, siguiendo los protocolos establecidos en ese momento en el centro, porque la paciente presentaba SARS-COV-2 positivo en las secreciones respiratorias. La enfermedad COVID-19 también fue tratada, con la evidencia científica disponible en ese momento. El Servicio de Neumología apoyó siempre que fue demandado por sus médicos, incluyendo el soporte respiratorio con oxigenoterapia con alto flujo que se inició el día 25 de noviembre del 2022. También se recomendó mantener el tratamiento con esteroides, como así se realizó ...”.*

El Servicio de Neurología indica en su informe de 19 de julio de 2024, entre otras cuestiones, que *“no parece que el cuadro clínico por el que falleció la paciente fuera de origen neurológico, dado que si hubiera estado relacionado con los infartos observados hubiéramos tenido una evolución clínica diferente con afectación del tronco cerebral cosa que no se describe y los infartos no tienen ni repercusión en tronco ni el tamaño imprescindible. Al contrario, tal como establece el informe de medicina interna, el fallecimiento fue de origen respiratorio”.*

Con fecha 25 de agosto de 2025, se emite informe por la Inspección Médica, en el que se concluye que la asistencia médica prestada a la paciente puede considerarse ajustada a la *lex artis ad hoc*.

Mediante oficio de 13 de octubre de 2025, se confiere el oportuno trámite de audiencia al reclamante, quien, en escrito presentado el 16 de noviembre de 2025, cuestiona el informe emitido por la Inspección Sanitaria y concluye que su madre entró en el hospital afectada por una dolencia traumatológica que nunca hubiera supuesto riesgo de

muerte y que su fallecimiento fue provocado por una falta de profesionalidad en la aplicación de protocolos, cuando existían, o por la falta de los mismos, cuando suponía riesgo de muerte.

Finalmente, por la viceconsejera de Sanidad y directora general del Servicio Madrileño de Salud se formula la oportuna propuesta de resolución, fechada el 20 de febrero de 2026, en la que se propone desestimar la reclamación que nos ocupa, al no concurrir la antijuricidad del daño objeto de reclamación y el nexo de causalidad entre el mismo y la asistencia sanitaria.

CUARTO.- El 27 de febrero de 2026 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la solicitud de dictamen en relación con la presente reclamación de responsabilidad patrimonial. Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente 122/26 al letrado vocal D. Francisco Javier Izquierdo Fabre, 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 citado 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 a 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 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.

El reclamante, hijo de la paciente fallecida, ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4 de la LPAC, en relación con el artículo 32.1 de la LRJSP, por cuanto sufre el daño moral derivado del fallecimiento de su madre. Ha acreditado debidamente la relación de parentesco aportando una copia del libro de familia.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que la asistencia sanitaria fue dispensada por los hospitales Clínico Universitario San Carlos y Universitario Santa Cristina, así como por el Centro de Salud Puerta del Ángel, integrados todos ellos en la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid.

Por lo que se refiere 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 caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”*.

En este caso, en que se reclama, en última instancia, por el fallecimiento de una persona, el *dies a quo* viene dado por la fecha en que tal fallecimiento se produjo, el 9 de enero de 2023, de modo que la reclamación, interpuesta el 4 de enero de 2024, ha sido formulada en plazo.

Por lo que se refiere al procedimiento seguido en la tramitación de la reclamación de responsabilidad patrimonial, se observa que en cumplimiento del artículo 81.1 de la LPAC, se ha emitido informe por los servicios médicos que intervinieron en la asistencia prestada al reclamante objeto de reproche.

También se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la paciente y se ha emitido informe por la Inspección Sanitaria, con el resultado expuesto en los antecedentes de este dictamen. Tras ello, se confirió, conforme al artículo 82 de la LRPC, el oportuno trámite de audiencia al reclamante, que hizo uso del mismo en el sentido ya expuesto.

Finalmente, en virtud de lo recogido en el artículo 81.2 de la LPAC, 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.- Del 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.

En este caso, ya hemos adelantado la existencia del daño moral que sufre el reclamante por el solo hecho del fallecimiento de su familiar, “*daño moral cuya existencia no necesita prueba alguna y ha de presumirse como cierto*” y que jurisprudencia consolidada ha admitido como supuesto de lesión indemnizable, aunque de difícil valoración económica.

De acuerdo con las alegaciones efectuadas en la reclamación, 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.

Concretado el daño en los términos anteriormente expuestos, vamos a analizar el reproche del interesado, 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 han pronunciado, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de

Justicia de Madrid de 19 de febrero de 2025 (recurso 373/2022) al señalar que “...si el interesado alega que el daño que se le ha causado y por el que solicita indemnización deriva de mala praxis sanitaria, la prueba de la mala praxis solo corresponde a quien la alega” y las sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 8 de abril de 2022 (recurso 1079/2019) y de 12 de junio de 2025 (recurso 1200/2023), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo. Además, como añaden estas dos últimas sentencias citadas, “las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica”.

Sin embargo, el reclamante no ha aportado prueba alguna que venga a acreditar que la asistencia prestada fuera incorrecta en los términos que son objeto de reproche, mientras que, por el contrario, los informes médicos que obran en el expediente, contrastados con la historia clínica examinada, descartan la mala praxis denunciada. Particularmente, la Inspección Sanitaria, tras analizar el proceso asistencial que consta en las actuaciones, ha considerado que la asistencia médica prestada fue conforme a la *lex artis*.

En este sentido, cabe recordar que el reclamante reprocha la ausencia de un criterio consistente en los triajes y en los traslados de la paciente entre hospitales, en especial, en el traslado al Hospital Universitario Santa Cristina, “para hacerle una prueba que nunca se le llegó a realizar”, provocando la exposición de la paciente al virus, hasta que, finalmente, se infectó. Además, se indica en la reclamación que a la paciente no se le suministró la obligada dosis de recuerdo en ese mes y medio que estuvo ingresada.

Al respecto, el informe de la Inspección comienza analizando los antecedentes médicos y la sintomatología de la paciente, para, a continuación, explicar los escenarios clínicos que se pueden encontrar

en la infección SARS CoV-2 y el protocolo asistencial vigente en ese momento sobre el manejo del COVID y los traslados interhospitalarios.

En cuanto a la primera atención en el Centro de Salud Puerta del Ángel, es preciso destacar que se trata de una consulta telefónica de urgencias por dolor lumbar irradiado al miembro inferior derecho, que la Inspección considera como una posible ciática o radiculopatía, de modo que se prescribe tratamiento con antiinflamatorios y analgésicos y, al no mejorar, ni poder desplazarse a realizarse una radiografía (la Inspección señala que *“no es porque no quisieran trasladarse los profesionales sanitarios, como dicen en la reclamación, es que se necesitaba realizar la radiografía”*), trasladan a la paciente en ambulancia para ello a Urgencias del Hospital Clínico Universitario San Carlos.

Con posterioridad, la paciente es trasladada al Hospital Universitario Santa Cristina para observación, control del dolor y por menor riesgo de contagio Covid19, de modo que se realiza prueba de antígeno para SARS-CoV-2, con resultado negativo. La Inspección Sanitaria considera que *“el ingreso en el Hospital Universitario Santa Cristina se realizó en el marco de un cuadro clínico de menor complejidad, con criterios adecuados de derivación. Fue en este centro donde se identificó la pluripatología de la paciente (incluyendo anemia refractaria, infiltrados pulmonares, colecciones musculares extensas y sospecha de neumonía intersticial no específica) lo que demuestra la pertinencia del traslado inicial”*.

En cuanto al nuevo traslado de vuelta al Hospital Clínico Universitario San Carlos, para la realización de una prueba que, según el reclamante, no se llegó a realizar, el Servicio de Neumología de este centro hospitalario explica en su informe que *“el motivo del traslado desde el Hospital Universitario Santa Cristina fue continuar con el estudio de unos infiltrados pulmonares bilaterales, en cuyo diagnóstico diferencial se*

había planteado una posible vasculitis y se consideraba indicada la realización de una fibrobroncoscopia ... Efectivamente, se solicitó una fibrobroncoscopia, que el 26 de octubre no se realizó, siguiendo los protocolos establecidos en ese momento en el centro; porque la paciente presentaba SARS-COV-2 positivo en las secreciones respiratorias....”.

En el mismo sentido, también la Inspección justifica el nuevo traslado indicando que *“la sospecha de neumonía intersticial no específica (NINE) en la paciente, respaldada por hallazgos radiológicos y marcadores inmunológicos positivos, justificaba clínicamente la realización de una broncoscopia como prueba diagnóstica esencial. La NINE es una enfermedad pulmonar intersticial de curso complejo, cuyo diagnóstico definitivo requiere confirmación histológica mediante lavado broncoalveolar y biopsia transbronquial, técnicas no disponibles en todos los centros hospitalarios...”,* concluyendo, por tanto, que *“el traslado interhospitalario para completar dicho estudio no solo fue clínicamente indicado, sino imprescindible para orientar el tratamiento inmunosupresor con seguridad. Este procedimiento se ajusta a los protocolos médicos establecidos para el manejo de enfermedades intersticiales, y no puede considerarse negligente ni arbitrario en el contexto asistencial”.*

En cuanto a la evolución clínica posterior de la paciente y su relación con la infección contraída, se alude en todos los informes médicos incorporados al expediente al carácter determinante de la situación basal de la madre del reclamante, pues, como refiere la Inspección, *“la paciente tenía antecedentes de lesiones isquémicas atribuidas a hipertensión y riesgo vascular elevado desde años previos. El fallecimiento se atribuye a causa respiratoria, no neurológica, sin afectación del tronco cerebral ni evolución compatible con ictus. Aunque el COVID puede asociarse a ictus, en este caso hay factores más relevantes como edad, comorbilidades y fallo respiratorio. En el caso analizado, la paciente presentaba múltiples comorbilidades que*

justifican por sí solas el riesgo de evento cerebrovascular, sin que pueda establecerse una relación causal directa entre el contagio por COVID-19 y el ictus”.

En el mismo sentido, el informe del Servicio de Neurología del centro hospitalario indica que, *“aunque es cierto que el COVID se asocia a ictus por daño endotelial, esta paciente tenía otras razones para justificar un infarto que aparecen en los TC realizados, como es la edad, los antecedentes vasculares y la propia insuficiencia respiratoria producida por su enfermedad”.*

Por último, el reclamante reprocha que a la paciente no se le suministrara la obligada dosis de recuerdo en ese mes y medio que estuvo ingresada hasta que se infectó de COVID19, reproche ante el que la Inspección Sanitaria explica que, en el caso de esta paciente, que recibió tres dosis de vacuna, no puede atribuirse la infección por SARS-CoV-2 a la ausencia de una cuarta dosis pues, *“según la evidencia científica, la protección frente a infección leve o asintomática por Ómicron es limitada incluso con cuatro dosis. La tercera dosis ya proporciona una respuesta inmunitaria robusta, y la cuarta solo recupera la inmunidad perdida con el tiempo. En pacientes de edad avanzada con pluripatología e inmunosupresión, el riesgo de infección persiste independientemente del número de dosis”*, de modo que no cabe entender que exista una relación causal directa entre haber recibido solo tres dosis y haber adquirido la infección, *“especialmente en un entorno hospitalario durante una fase de alta circulación viral”.*

En definitiva, todo ello lleva a la propia Inspección a concluir, frente a lo argumentado en el escrito de reclamación, que *“la evolución clínica de la paciente debe interpretarse en el contexto de su edad, comorbilidades graves, inmunosupresión y situación epidemiológica. El traslado inicial y el segundo estuvieron clínicamente justificados y de acuerdo con los protocolos. No obstante, el desenlace clínico no puede*

atribuirse a la asistencia recibida, sino que debe considerarse el alto riesgo basal de complicaciones graves por su edad y pluripatología previa, incluida la infección por COVID-19 y el ictus”.

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, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Décima, en su Sentencia de 20 de noviembre de 2025 (recurso 1031/2023), *“sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen también un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del Médico Inspector, y de la coherencia y motivación de su informe”.*

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado la infracción de la *lex artis ad hoc* en la atención sanitaria dispensada por el Hospital Universitario Santa Cristina, el Hospital Clínico Universitario San Carlos y el Centro de Salud Puerta del Ángel.

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 18 de marzo de 2026

El presidente de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 148/26

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid