

Dictamen n.º: **115/24**  
Consulta: **Consejera de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **07.03.24**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 7 de marzo de 2024, 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. .... y D. ...., por los daños y perjuicios sufridos por el fallecimiento de su esposa y madre, Dña. ...., que atribuyen a la medicación suministrada en el Hospital Universitario Santa Cristina y a la actuación del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, donde fue trasladada posteriormente la paciente.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** 1.- El 1 de marzo de 2022, las personas mencionadas en el encabezamiento, representadas por una abogada, presentaron un escrito en el que relataban que su familiar, el 18 de noviembre de 2020, firmó el documento de consentimiento informado para cirugía de prótesis total de rodilla derecha y, ese mismo día, fue vista en el Servicio de Hematología para valorar la necesidad de transfusión previa a la intervención por los antecedentes de la paciente (pluripatológica con trombopenia moderada, asintomática), anotándose

en el apartado de alergia, *“ibuprofeno, nistatina, sulfametoxazol y trimetoprima”*. Añaden que, en la consulta de Preanestesia, el 2 de diciembre de 2020, se recoge como medicación actual: Zaldiar, omeprazol, calcio Carbo, bromazepam, Decloban, Dolocatil, Metamizol, Sertralina, Hidroferol, Femara y Enalapril y en antecedentes, alergia a filgastrim y taxol, determinándose finalmente riesgo ASA III por enfermedad sistemática que provoca alteración funcional.

Continuando con el relato fáctico de la reclamación, los reclamantes exponen que, el 14 de enero de 2021, la paciente ingresó de forma programada para la cirugía de rodilla, anotándose al ingreso *“alergia a sulfametoxazol, ibuprofeno y histatina. Tolera paracetamol y nolutil”*. Refieren que, tras la cirugía, a su ingreso en la Unidad de Recuperación Post Anestésica (URPA), se encontraba *“muy intranquila, moviéndose continuamente e intentando girarse en la cama (...) Adm carga de analgesia en quirófano. Eritema en zona axilar izquierda”*. A las 17:18 horas se recogió que la paciente estaba *“agitada desde su llegada a URPA, precisa mórfico y ansiolisis con respuesta de corta duración”*. A las 20:44 horas, ante la inquietud de la paciente, se le administró Quetiapina 25 mg vía oral y se decidió que pasara la noche en la URPA, precisando rescate de quetiapina *“por estar inquieta y moviéndose, sin poder dormirse”*.

Los interesados explican que al día siguiente el estado de su familiar no mejoró, realizándose interconsulta al Servicio de Medicina Interna y al Servicio de Hematología. Se decidió su traslado a planta de hospitalización y se le administraron dosis de Konakion (1 ampolla), paracetamol y Cefazolina. A las 13:41 horas, Medicina Interna anotó *“dejo analgesia fija con paracetamol y Metamizol alternos de forma endovenosa y revisando historia de alergias, no parece que presente alergias a antiinflamatorios (si acaso intolerancia a ibuprofeno) por lo que dejo de rescate como primera opción enantyum, y en caso de no mejorar del dolor, pauto de rescate dosis bajas de morfina para ser*

*administrada de forma parental. Pauto medicación habitual que llevaba la paciente”.*

Según el escrito de reclamación, en los días posteriores, su familiar estaba más tranquila, aunque seguía inquieta, presentando posteriormente dificultad respiratoria. El 18 de enero de 2021, tras la administración de metamizol, comenzó a agitarse, con dificultad respiratoria, alcanzándose la sospecha diagnóstica de anafilaxia grave por reacción al metamizol. Se realizó radiografía de tórax que objetivó hallazgos compatibles con edema agudo de pulmón. Se decidió intubar y tramitar el traslado de la paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Universitario Gregorio Marañón por insuficiencia respiratoria aguda.

Los interesados relatan que la evolución de su familiar no fue favorable, empeorando su estado general de forma paulatina, presentando delirio y agitación, un episodio de broncoaspiración que derivó en una neumonía asociada a ventilación mecánica y un nuevo episodio de dificultad respiratoria aguda grave. Lamentablemente, el estado de la paciente fue empeorando, y el día 4 de marzo de 2021 falleció a consecuencia de una disfunción multiorgánica.

En virtud de lo expuesto, los reclamantes sostienen que está comprobado que, el día 14 de enero de 2021, su familiar ingresó para una mera intervención de prótesis total de rodilla con buen estado de salud y, que la misma falleció dos meses después a consecuencia de la inadecuada administración simultánea de diversos fármacos cuyas interacciones provocaron un grave deterioro de su estado de salud, así como por la administración de Metamizol, que le ocasionó una reacción anafiláctica que bien podría haberse sospechado y prevenido dado que su administración en ocasiones anteriores ya le había ocasionado varios episodios de *“desaturación, pitos y dificultad para respirar”*.

El escrito de reclamación acaba solicitando una indemnización de 150.446,67 euros, desglosados en: 132.533,16 euros, de perjuicio personal básico y 421,42 euros, de perjuicio patrimonial básico, para el cónyuge y 21.070,95 euros, de perjuicio personal básico y 421,42 euros, de perjuicio patrimonial básico, para el hijo de la fallecida.

Junto con el escrito de reclamación se aportó copia del libro de familia y del DNI de los interesados (folios 1 a 24 del expediente).

Posteriormente, a instancia del instructor del procedimiento, se solicitó la acreditación del poder de representación de la persona firmante del escrito de reclamación, aportando los interesados el escrito de reclamación inicial firmado por ellos (folios 26 a 61).

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

La familiar de los reclamantes, de 66 años de edad en la fecha de los hechos, contaba con antecedentes de alergia a filgastim y taxol; ibuprofeno, nistatina y sulfametoxazol/trimetoprima (Septrin); patología cardíaca no filiada que precisó tratamiento con Tenormin en el pasado, con hepatitis secundaria al fármaco; hepatopatía crónica en estadio de cirrosis hepática de etiología incierta (antecedentes de ingesta etílica y alteración del metabolismo del hierro), pendiente de filiar la causa, grado A de Child y plaquetopenia leve.

El 18 de noviembre de 2020, la paciente acudió a consulta de del Servicio de Traumatología del Hospital Universitario Santa Cristina remitida de lista de espera quirúrgica para ser intervenida de artroplastia total de rodilla. Refería importante dolor en la rodilla derecha que no respondía suficientemente a tratamientos analgésicos conservadores. La función de la articulación estaba bastante comprometida y solo le permitía desplazamientos dentro de su domicilio y con ayuda de dos muletas.

Las pruebas de imagen confirmaron el diagnóstico de artrosis de rodilla avanzada afectando a los 3 compartimentos de la rodilla y que había provocado una deformidad en valgo. Se informó que el tratamiento quirúrgico era la artroplastia total de rodilla y que se trataba de una cirugía mayor, que precisaba ingreso en unidad de reanimación y varios días de hospitalización, pudiendo precisar de otras medidas tales como transfusión sanguínea. Se informó a la paciente y a su familia de los riesgos y complicaciones, así como los potenciales beneficios y alternativas. La paciente firmó el documento de consentimiento informado (folios 135 y 136).

El 18 de noviembre de 2020, la familiar de los reclamantes fue valorada en Hematología. Se trataba de una paciente pluripatológica con trombopenia moderada, asintomática, probablemente asociada a su cirrosis. Se solicita PFA (analizador de función plaquetaria) para valorar la necesidad de transfusión previa a la intervención.

La paciente fue valorada en consulta de Preanestesia el 2 de diciembre de 2020. Se anotó su medicación habitual: Zaldiar; omeprazol; calcio carbonato; bromazepam; Decloban; Dolocatil; metamizol; sertralina; Hidroferol; Femara; enalapril. Se consignaron las alergias antes referidas y que toleraba paracetamol y Nolotil. Se valoró el riesgo anestésico ASA III: enfermedad sistémica que provoca alteración funcional. La paciente firmó el documento de consentimiento informado de anestesia (folios 137 a 139) y para la trasfusión de sangre y/o hemoderivados (folios 140 y 141).

El 14 de enero de 2021, se realizó la intervención quirúrgica, implantándose prótesis total de rodilla. Según informe anestésico intraoperatorio, la técnica fue de anestesia general en paciente ASA III por enfermedad sistémica que provoca alteración funcional. Se hicieron constar las alergias anteriormente descritas. La paciente permanece estable y se traslada a reanimación en ventilación

espontánea sin dolor. Se administra tramadol, Primperan y paracetamol IV.

Según consta en las hojas de evolución a las 15 horas, la paciente ingresa en Reanimación muy intranquila, moviéndose continuamente e intentando girarse en la cama, precisando mórficos y ansiolisis de corta duración.

A las 20:44 horas, el anestesista de guardia, anota que, dada la agitación psicomotriz de la paciente y la ausencia de patología psicológica previa registrada en su historia, se realiza anamnesis a su marido que refiere que últimamente está más nerviosa, acentuándose la inquietud en la noche. Se informa que podría ser necesario aplicar sujeción química y física, dando el familiar su consentimiento oral.

El 15 de enero de 2021, la paciente sigue inquieta, se hace interconsulta con Medicina Interna para descartar encefalopatía hepática e interconsulta con Hematología. Se anota que intervenida de prótesis de rodilla el día anterior, se le transfundió en preoperatorio 1 UT de plaquetas. Buena evolución, tiene en ese momento 65.000 plaquetas (valor habitual de la paciente) Hb 10,1, TP 59%. Se pondrá ese día 1 plasma y 1 UT de plaquetas. Se solicita nuevo control para el día 17 de enero, pero no se transfundirán plaquetas si no hay ningún cambio relevante en la evolución clínica de la paciente o menos de 50.000 plaquetas.

La paciente en seguimiento de Medicina Interna, ese día, 15 de enero comienza con fiebre de 38 °C, a las 13:40 h se comenta con anestesia que realiza bloqueo anterior para poder supervisar la perfusión de analgesia pautada (tramadol+metoclopramida). Se deja analgesia pautada con paracetamol y metamizol alternos, vía endovenosa, y revisando historia de alergias no parecía que presentase alergia a antiinflamatorios (si acaso intolerancia a ibuprofeno) por lo

que se deja rescate como primera opción Enantyum, y si no mejora se pauta rescate de dosis bajas de morfina. Ha hecho pico febril pero aún le queda una dosis de cefazolina y entra en lo razonable en las primeras 24 horas de la cirugía.

Por la tarde presenta gran inquietud y alteración del nivel de conciencia, se realiza TAC craneal que sale artefactado por la agitación de la paciente, aunque no se evidencia sangrado agudo intra ni extraxial. Se retira tramadol y se administra bromazepam que la paciente toma de forma habitual.

En los días siguientes, la familiar de los reclamantes sigue con agitación, requiriendo ser valorada por el médico de guardia, sospecha de encefalopatía hepática, tendencia a la hipertensión, aunque mejor control del dolor. Se inicia fisioterapia en planta, la paciente sentada en el sillón, bipedestación estable y marcha con andador, aunque le cuesta bastante.

A las 21:30 horas del día 18 de enero de 2021, se avisa al anestesista de guardia por episodio de agitación y desaturación tras administración de metamizol. Presenta cuadro de agitación y una saturación del 70% a la auscultación sibilancias y crepitantes, y ante la primera sospecha diagnóstica de anafilaxia grave se administra 0.5 mg de adrenalina intramuscular, Urbason 80 mg, Polaramine 1 ampolla y Ventolin en cámara inhalatoria con ligera mejoría de la clínica. Se administra quetiapina 25 mg vía oral. Ante la persistencia del cuadro se realiza Rx tórax urgente que evidencia infiltrados pulmonares bilaterales con diagnóstico compatible de edema agudo de Pulmón, neumonía por aspiración, neumonía SARS-CoV-2 y neumonía de causa desconocida.

Como continua con saturaciones del 75-80% e importante trabajo respiratorio, se procede a intubación orotraqueal de secuencia

rápida y se conecta a ventilación mecánica, manteniendo saturaciones del 90-92%. Pasa a reanimación y se informa a familiar.

El 19 de enero de 2021, a las 01:17 horas, dada la gravedad del caso y la necesidad de cuidados de UCI se traslada a la paciente en UVI móvil al Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Según el informe de *exitus* de dicho centro hospitalario, durante su estancia en Reanimación la evolución de la paciente resultó desfavorable desde el principio, de una insuficiencia respiratoria a su ingreso hasta un síndrome de distrés respiratorio grave. No se llegó a filiar el origen del cuadro barajándose como posibilidades diagnósticas embolia grasa, lesión pulmonar tras transfusión (tras interconsulta y estudio por hematología quedó como altamente improbable) o infecciosa, asociado a insuficiencia cardiaca.

Cuando la paciente se encontraba en fase de destete que resultó bastante dificultoso por delirio y agitación de difícil control no llegando a conectar nunca con el medio, presentó un episodio de broncoaspiración que derivó en una neumonía asociada a ventilación mecánica y nuevo episodio de síndrome de distrés respiratorio grave similar al previo. Se aplicaron las mismas medidas que habían sido efectivas anteriormente y la paciente mejoró respiratoriamente. Se realizó traqueostomía quirúrgica para facilitar el destete y por intubación prolongada.

Se realizó TAC craneal el día 24 de febrero en el que se objetivó infarto de aspecto subagudo del territorio calcarino y parietooccipital. Además, la paciente sufrió otras complicaciones como fracaso renal oligúrico, síndrome de distrés respiratorio grave, polineuropatía del paciente crítico, bacteriemia, y candidemia asociada a catéter venoso central.



El 2 de marzo de 2021, se realizó RMN cerebral en la que se apreciaron lesiones isquémicas en diferentes territorios y en diferentes estadios evolutivos, que planteaban la posibilidad de un mecanismo mixto (hipóxico-isquémico/embólico).

Tras este hallazgo que supuso un cambio radical en la evolución de la paciente y que condicionaba sobremanera su evolución, y en vista de que su recuperación funcional a largo plazo iba a resultar imposible, tras debatirse ampliamente en sesión clínica por todo el equipo de Reanimación, se decidió de forma unánime que carecía de sentido continuar con medidas terapéuticas agresivas. Se decidió por ello adecuar el esfuerzo terapéutico para priorizar el confort de la paciente sin avanzar en el soporte terapéutico.

Finalmente, la paciente falleció a las 19:20 horas del día 4 de marzo de 2021 acompañada de su familia. Se solicitó estudio de necropsia previa autorización por la familia.

El juicio clínico fue *exitus* por disfunción multiorgánica; insuficiencia respiratoria hipoxémica; neumonía por broncoaspiración; síndrome de distrés respiratorio agudo grave; fracaso renal agudo grave con necesidad de depuración extrarrenal; polineuropatía del paciente crítico; bacteriemia por bacilos gram negativos y candidemia asociada a catéter.

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

Consta que se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la paciente del Hospital Universitario Santa Cristina y del Hospital

General Universitario Gregorio Marañón (folios 62 a 1.016 del expediente).

Asimismo, consta en el procedimiento el informe de 26 de abril de 2022 del Servicio de Cirugía Ortopédica del Hospital Universitario Santa Cristina en el que se explica que la cirugía estaba recomendada en el caso de la paciente y que fue previamente estudiada con el fin de alcanzar las mejores condiciones posibles para la intervención. Además, fue adecuadamente informada de que se trataba de una cirugía mayor que precisaba ingreso en Unidad de Reanimación y, posteriormente, varios días de hospitalización, y que podía precisar otras medidas incluso transfusión sanguínea. Además, se realizó valoración preanestésica donde se valoraron todas las circunstancias médicas de la paciente y se consultó con cuantos servicios fue necesario con el fin de acometer la cirugía en la mejor forma posible y más segura, según el protocolo habitual.

El informe destaca que la intervención transcurrió sin ninguna incidencia ortopédica ni médica, siendo el sangrado intraoperatorio también el habitual y, siguiendo el protocolo de la artroplastia de rodilla, a continuación, la paciente quedó ingresada en la Unidad de Reanimación a cargo del Servicio de Anestesia para control del posoperatorio inmediato y del dolor. Durante su ingreso en la Unidad de Reanimación, la paciente inició episodio de desorientación por lo que solicitó valoración por el Servicio de Medicina Interna, quedando a cargo de esos dos servicios el control de las complicaciones médicas y el control del dolor con la finalidad de proporcionarle los servicios más especializados y mejores disponibles para el tratamiento de dichas complicaciones. La paciente también presentó aumento puntual de la temperatura durante el postoperatorio inmediato, por lo que el Servicio de Traumatología pautó prolongación de la profilaxis antibiótica con cefazolina con la finalidad de proteger la prótesis. Se consultó también

con el Servicio de Rehabilitación con el fin de rehabilitar en la medida que sus condiciones médicas lo permitiesen.

El informe señala que durante todo el ingreso la paciente recibió un seguimiento diario y estrecho por el Servicio de Traumatología comprobándose una adecuada evolución de la artroplastia con resultado clínico y radiológico satisfactorio de la prótesis, paralelamente a las complicaciones médicas que fue presentando y que fueron seguidas y tratadas por los servicios de Medicina Interna y Anestesia y Tratamiento del dolor. Según el informe, de la evolución de la paciente fue informándose diariamente a la familia y cuando los medios del hospital no fueron suficientes, se decidió el traslado al Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Por su parte, el Servicio de Medicina Interna del referido centro hospitalario da cuenta de la asistencia dispensada a la familiar de los interesados por parte de dicho servicio según los datos que figuran en la historia clínica.

Asimismo, se ha incorporado al procedimiento el informe de 11 de mayo de 2022 del Servicio de Hematología del Hospital Universitario Santa Cristina que expone que antes de la intervención se realizaron las pruebas inmunohematológicas habituales en el centro a todo paciente que va a ser intervenido de prótesis total de rodilla, por su alto riesgo transfusional: grupo sanguíneo hemático y sérico, escrutinio de Ac irregulares y prueba cruzada serológica, con reserva de una unidad de hematíes al menos 24 horas. La paciente fue intervenida el día 14 de enero de 2021 con transfusión previa de plaquetas isogrupo.

El informe explica que en el Banco de Sangre del hospital, como medida de control de buen uso de componentes sanguíneos, las transfusiones de plaquetas y plasma deben ser autorizadas por la

hematóloga, siempre que no suponga un retraso inaceptable de la transfusión por su urgencia, y así se hizo en esta ocasión, por lo que se indicó la transfusión de 1 unidad de PFC y otra de plaquetas, y después de estas transfusiones no se notificó a Hematología ninguna incidencia que pudiera asociarse a un problema transfusional ni se contactó para nuevas valoraciones de la paciente. Añade que, durante el tiempo transcurrido la paciente, según figura en su historia electrónica, no tiene afectación respiratoria aguda hasta 3 días después de la última transfusión, lo que excluye el diagnóstico de lesión pulmonar aguda asociada a transfusión (TRALI) según los criterios establecidos para ese diagnóstico.

Figura también en el expediente el informe de 3 de mayo de 2022 del Servicio de Anestesia del centro hospitalario que da cuenta de la asistencia médica prestada y la prescripción farmacológica pautada según los datos que figuran en la historia clínica.

Consta que el 22 de junio de 2022, los reclamantes presentaron un escrito solicitando información sobre el estado del procedimiento e interesando copia de todo lo instruido hasta ese momento. Dicho escrito fue contestado mediante oficio notificado el 4 de julio de 2022.

El día 5 de octubre de 2022, los interesados aportaron un escrito de alegaciones adjuntado un informe pericial emitido por un médico especialista en Hematología y Hemoterapia, así como un informe de valoración del daño que cifra en 120.947,32 euros el importe de la indemnización.

El informe pericial aportado recoge las siguientes conclusiones:

*“1-La administración de metamizol, ocasionó la reacción anafiláctica que fue el origen de la desaturación, hipotensión y las complicaciones posteriores.*

*Esta reacción podía haberse sospechado y prevenido ya que, previamente había presentado episodios de desaturación y pitos con dificultad para respirar al administrarse el metamizol.*

*La paciente tenía una historia de alergias a numerosos tratamientos que hacían sospechar la reacción alérgica que ocurrió y desencadenó las complicaciones que condujeron al fallecimiento. Deberían haber realizado pruebas de alergia o utilizar otro analgésico sin reacción cruzada.*

*2-Durante el ingreso en el hospital Santa Cristina se le administraron múltiples fármacos a la vez (algunos de ellos con recomendación de no ser administrados) que habrían provocado las alteraciones neurológicas, incluyendo la inquietud y agitación que presentó la paciente, según consta en la historia y como sugirió la familia.*

*Hay que destacar la asociación de morfina y de tramadol (derivado opiáceo) y que parecen ser los responsables de los episodios de trastornos respiratorios relacionados con el sueño, como la apnea central del sueño (ACS) y la hipoxemia que le ocasionan las bajas saturaciones de oxígeno que presentó la paciente y que disminuían durante el sueño ya que el uso de opioides aumenta el riesgo de ACS en función de la dosis (en este caso se sumaban las de los dos opiáceos).*

*3-Respecto a la actuación del Hospital Gregorio Marañón, no constan en la documentación analizada algunos datos referentes a los análisis realizados y al tratamiento administrado a la paciente y tampoco constan determinaciones de Dímero D, ni análisis de coagulación que hubieran diagnosticado para tratar la CID (coagulación intravascular diseminada), que ocasionó los microtrombos en las diferentes localizaciones (especialmente en*

*corazón y cerebro) y que fueron la causa de las graves complicaciones que ocasionaron el fallecimiento, según se evidenció en la autopsia.*

*Estas actuaciones suponen una mala praxis”.*

El 19 de junio de 2023, emitió informe la Inspección Sanitaria que, tras analizar la historia clínica de la familiar de los reclamantes y los informes emitidos en el curso del procedimiento, así como realizar las oportunas consideraciones médicas concluyó que no hay evidencia de que la actuación de los profesionales médicos del Hospital Universitario Santa Cristina hubiera sido incorrecta o inadecuada a la *lex artis*.

Una vez instruido el procedimiento se confirió trámite de audiencia a los reclamantes. No consta que los interesados formularan alegaciones dentro del trámite conferido al efecto.

Finalmente, el 26 de enero de 2024 se formuló propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación al considerar que no se había acreditado la infracción de la *lex artis* en la asistencia sanitaria reprochada.

**CUARTO.-** El 6 de febrero de 2024 se formuló preceptiva consulta a este órgano consultivo, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el n.º 70/24.

La ponencia correspondió a la letrada vocal, Dña. Ana Sofía Sánchez San Millán, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 7 de marzo de 2024.

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.

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 cuanto que sufren el indudable daño moral causado por el fallecimiento de su esposa y madre.

La legitimación pasiva resulta indiscutible que corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que la asistencia sanitaria reprochada

se prestó por el Hospital Universitario Santa Cristina y el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, centros hospitalarios integrados en la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid.

En cuanto al plazo para el ejercicio del derecho a reclamar, es de un año contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo (cfr. artículo 67.1 de la LPAC).

En el presente caso, en el que se reclama por el fallecimiento de la familiar de los interesados, lo que aconteció el 4 de marzo de 2021, dicha fecha constituye el *dies a quo*, por lo que debe entenderse formulada en plazo la reclamación presentada el 1 de marzo de 2022.

**TERCERA.-** En cuanto 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 los servicios implicados en la asistencia sanitaria reprochada en el Hospital Universitario Santa Cristina. No obstante, se observa que con el escrito de alegaciones presentado por los interesados el día 5 de octubre de 2022, adjuntaron un informe pericial, emitido por un médico especialista en Hematología y Hemoterapia, que realiza una serie de reproches al Hospital General Universitario Gregorio Marañón que no han tenido respuesta en el procedimiento.

En este punto debe tenerse en cuenta la especial importancia que el referido precepto (artículo 81 de la LPAC) concede al informe del servicio causante del daño, lo que ha venido siendo resaltado por esta Comisión Jurídica Asesora, al destacar que dicho informe aporta una versión cercana y directa de lo sucedido, añadiendo una explicación de base técnica, absolutamente indispensable para la formación del



sentido y alcance de la resolución, que será adoptada por órganos que carecen de esa formación técnica.

Dicha falta, no puede suplirse en este caso con el informe de la Inspección Sanitaria que centra su análisis en la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario Santa Cristina y así lo traslada a las conclusiones de su informe.

No puede obviarse en este caso, que los interesados han aportado al procedimiento un informe pericial que exige a esta Comisión Jurídica Asesora una valoración del mismo con arreglo a la sana crítica, para lo cual resulta imprescindible contar con la versión y el criterio técnico del servicio al que dicho informe de parte dirige sus reproches de mala praxis.

Por ello, ante la falta de información expuesta y teniendo en cuenta la función de dictamen de esta Comisión, en cuanto garante de los derechos de los interesados en el procedimiento como del acierto de la decisión de la Administración que ponga fin al procedimiento, se considera que procede la retroacción del procedimiento para que se emita informe por los servicios que prestaron asistencia a la esposa y madre de los reclamantes en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón y afectados por los reproches formulados en el informe pericial aportado por los interesados. Tras ello, se debe dar traslado a la Inspección Sanitaria para nuevo informe y conferir trámite de audiencia a los reclamantes. Finalmente, deberá dictarse una nueva propuesta de resolución que junto con el resto del expediente se remitirá a esta Comisión Jurídica Asesora para su dictamen preceptivo.

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

## **CONCLUSIÓN**

Procede la retroacción del procedimiento en la forma señalada en la consideración de derecho tercera del presente dictamen.

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 7 de marzo de 2024

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 115/24

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid