

Dictamen nº: **272/19**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **20.06.19**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por unanimidad en su sesión de 20 de junio de 2019, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en relación con la reclamación formulada por Dña., (en adelante “*la reclamante*”) por los daños y perjuicios que atribuye a la asistencia en el parto realizado en el Hospital Universitario Gregorio Marañón (HUGM).

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por escrito presentado el 11 de abril de 2017 en una oficina de Correos la reclamante solicitó una indemnización por las secuelas supuestamente derivadas de la asistencia sanitaria prestada en el citado hospital.

En su escrito afirmaba que acudió el 30 de julio de 2014 al HUGM en la semana 39 de gestación al presentar bolsa rota y situación de parto en curso.

Fue asistida por un ginecólogo que, al practicar una episiotomía para facilitar el expulsivo, le ocasionó un desgarro perianal.

Desde ese momento la reclamante padeció dolor y molestias, teniendo que acudir a Urgencias a primeros de agosto al presentar incontinencia fecal.

Afirma que los servicios sanitarios no adoptaron medida alguna por lo que tuvo que acudir al Hospital Universitario del Henares donde fue intervenida quirúrgicamente para corregir la incontinencia fecal sin resultados satisfactorios por lo que se le ha propuesto intervenir en el Hospital Clínico San Carlos.

Considera que se le han causado daños físicos y morales que no es posible cuantificar a fecha de la reclamación

Solicita la declaración de la responsabilidad patrimonial de la Administración sin cuantificar una indemnización.

Aporta diversa documentación médica.

SEGUNDO.- En relación con el contenido de la reclamación, la consulta del expediente administrativo al que se ha incorporado la historia clínica del HUGM ha puesto de manifiesto los siguientes hechos.

La reclamante, nacida en 1975, acudió el 30 de julio de 2014 a las 0:05 horas, a Urgencias del HUGM, presentando parto en curso con bolsa rota en la semana 39 + 4 de gestación. Ingresó con carácter urgente en paritorio. A las 05:00 horas fue valorada por Anestesia que explicó que ya no era posible la administración de anestesia epidural. La reclamante reconoció que no podía estarse quieta tal y como es necesario para la administración de esa anestesia.

A las 08:35 horas el anestesista fue avisado por posible alivio del expulsivo. El facultativo le explicó a la gestante el riesgo de la técnica

si no permanecía quieta, entendiéndolo y aceptándolo, por lo que se procedió a aplicar la técnica doble raquianestesia y epidural.

Se practicó un parto instrumental debido a la falta de progresión, efectuándose episiotomía medio lateral derecha y usando fórceps para la tracción y extracción. A las 09:05 horas nació una niña a término con peso adecuado para la edad gestacional y se produjo el alumbramiento dirigido de placenta y membranas íntegras.

Se procedió a la revisión de canal de parto, observándose prolongación del ángulo de episiotomía y desgarro tipo 1 en cara lateral izquierda. Se hizo episiorrafia por planos. Tanto el tacto rectal como el vaginal fueron normales.

En la evolución posterior hasta el alta el 1 de agosto, la reclamante permaneció ingresada con evolución satisfactoria sin incidencias significativas y siendo normal la revisión del canal del parto.

El 3 de agosto de 2014, la paciente fue a Urgencias del HUGM por molestias en episiotomía. A la exploración se evidenció buen estado de la cicatriz con bordes afrontados sin signos de infección. Fue dada de alta con el diagnóstico de "*Dolor de episiotomía*" pautándose antiinflamatorios y analgésicos.

El 8 de agosto de 2014 acudió nuevamente a Urgencias con un cuadro de deposiciones líquidas sin moco ni sangre de un día de evolución, acompañado de incontinencia fecal y cierto grado de incontinencia urinaria. También tenía vómitos e intolerancia oral. Indicó que su pareja presentaba un cuadro gastrointestinal similar y que persistía dolor en episiotomía. Se pautó hidratación, ranitidina y un antiemético. En la exploración se observó "*Abdomen blando depresible ligeramente doloroso en fosa ilíaca derecha a la palpación*

profunda ...Genitales externos de múltipara, puntos de episiotomía en proceso de reabsorción los externos con dehiscencia de puntos de piel. Puntos internos de episiotomía bien afrontados, no signos de infección. Escasos loquios no mal olientes".

Tras la medicación y la hidratación intravenosa presentó mejoría y refirió buena tolerancia a líquidos. Se le dio el alta con el diagnóstico de "*Gastroenteritis en puérpera*" indicándose tratamiento y que volviera a urgencias en caso de empeoramiento, intolerancia a líquidos y sólidos o fiebre mayor de 38°.

El 22 de septiembre de 2014 tuvo revisión postparto en el Centro de Especialidades de Moratalaz. En la exploración presentaba "*genitales normales, episiotomía bien cicatrizada, cérvix formado y cerrado, útero involucionado*". Se hizo una ecografía en la consulta con resultado de "*aparato genital sin patología*", extendiéndole el alta por fin de estudio y derivación.

El 23 de octubre de 2014 acude al Hospital Universitario del Henares, siendo valorada por el Servicio de Urología para estudio de incontinencia urinaria de esfuerzo mixta acompañada de incontinencia fecal tras parto con fórceps. Se solicitan diversas pruebas que, en la revisión del 4 de diciembre de 2014, se valoran como normales aunque en la exploración se apreció una posible desinserción de los músculos del suelo pélvico secundaria al parto.

La reclamante refería mejoría espontánea por lo que, dado lo reciente del parto, se decidió revisar la situación en 6 meses.

En abril de 2015, ante la poca mejoría, fue derivada a los Servicios de Rehabilitación para fisioterapia y de Cirugía General y Digestivo para valoración de la incontinencia fecal.

Acude al HGUGM el 26 de agosto de 2015 a la consulta del Servicio de Cirugía para una segunda opinión sobre cirugía por incontinencia fecal y urinaria indicándole que están de acuerdo con el tratamiento que se realizaba en el Hospital del Henares.

Se efectuó el 3 de febrero de 2016 en el Hospital Universitario de La Princesa un estudio de latencia motora del nervio pudendo que mostró: *"Datos compatibles con una afectación axonal de las ramas motoras que forman el nervio pudendo derecho, de intensidad moderada sin signos de denervación existiendo continuidad del mismo"*.

El 10 de junio de 2016, con el diagnóstico de incontinencia fecal severa, fue intervenida practicándose esfinteroplastia anal y de musculatura elevadora del ano.

Acude a revisión el 10 de octubre de 2016. Ha realizado 12 sesiones de neuromodulación con poca mejoría. Se pautan 10 sesiones *"CNT de SP: EES + terapia manual"*.

No acude a varias revisiones.

Acude a revisión el 10 de diciembre de 2016. Presenta diarrea que le genera pérdidas. Ha dejado lactosa y se derivará al Hospital Clínico para "SNS".

En las revisiones posteriores consta que continúa con incontinencia y está siendo tratada en el Hospital Clínico.

TERCERO.- A raíz de la formulación del escrito de reclamación se ha instruido el correspondiente procedimiento de responsabilidad patrimonial y se han solicitado los informes que se consideraron pertinentes, de los que se destacan los siguientes particulares.

Con fecha 9 de mayo de 2017 la instructora del procedimiento comunica a la reclamante el inicio del procedimiento de responsabilidad patrimonial y a la aseguradora del SERMAS.

El 2 de junio de 2017 emiten informe el jefe de Servicio de Ginecología y el jefe de sección de Medicina Materno-Fetal del HUGM.

Tras exponer la asistencia prestada destaca que:

“Como es sabido, la incontinencia anal es una complicación poco frecuente pero ampliamente descrita tras el parto vaginal y en su gran mayoría se resuelven tras las primeras 6 semanas de puerperio. Dentro de sus principales factores de riesgo se incluyen los partos vaginales, la prolongación del segundo estadio del parto, los partos instrumentales, aquellos expulsivos con fetos con elevado peso al nacer e incluso puede haber daño subyacente posterior en el esfínter, secundario a la presencia de pequeños hematomas u otros procesos, incluso en aquellos partos con periné íntegro. Queremos destacar que por protocolo es importante revisar el canal blando y el periné de la paciente, y en el caso que ahora nos compete, no se objetivó ningún desgarro del esfínter durante la revisión del canal blando en el puerperio inmediato y pese a ello la paciente ha desarrollado una incontinencia fecal que está en proceso de estudio y tratamiento”.

El 6 de septiembre de 2017 emite informe la Inspección Sanitaria.

Tras exponer la atención prestada a la reclamante destaca que la incontinencia fecal post parto es frecuente con cifras en la literatura médica que oscilan entre el 4 y el 59%.

En el caso reclamado se recurrió al parto instrumental, en aplicación del protocolo de la Sociedad Española de Ginecología y

Obstetricia (SEGO) ante la prolongación de la fase del expulsivo y, asimismo, se trataba de una parturienta primípara (con su primer parto vaginal) por lo que resulta imposible asociarlo inequívocamente a la asistencia sanitaria prestada durante el parto que, por otra parte, se considera que el parto fue correctamente asistido y ajustado a los protocolos vigentes en ese momento. Igualmente destaca que se actuó con arreglo a los protocolos de la SEGO en lo relativo a la sutura que se realizó ante el desgarro tipo I que padeció la reclamante.

Por todo ello considera que la asistencia al parto de la reclamante, incluida la realización de una episiotomía y las posteriores actuaciones del Servicio de Obstetricia y Ginecología del HUGM se han realizado siguiendo los protocolos establecidos y con arreglo a la *lex artis*.

El 1 de junio de 2018 se concede trámite de audiencia a la reclamante que presenta alegaciones el 22 de ese mes.

En ellas considera que “(...) *se cumplen todos los criterios Topográfico, de Intensidad, Cronológico, Evolutivo y de Plausibilidad Biológica para establecer un nexo de causalidad cierto entre el parto y las medidas terapéutico-asistenciales adoptadas durante el mismo y la incontinencia fecal severa diagnosticada a la paciente.*”

Asimismo considera que no fue informada de los riesgos de la utilización de instrumental en el parto al no constar en la historia el documento de consentimiento informado ya que entiende que el parto no se sustrae a la aplicación de la normativa sobre información a los pacientes.

El escrito de alegaciones, presentado de forma electrónica, termina de forma abrupta aludiendo a la indemnización reclamada sin concretar una cuantía.

Finalmente, el viceconsejero de Sanidad formuló propuesta de resolución, de 6 de marzo de 2019, en la que propone al órgano competente para resolver, desestimar la reclamación al haberse actuado con arreglo a la *lex artis*. Realiza esa afirmación con una remisión al contenido del informe de la Inspección Sanitaria entendiendo que se cumplieron los protocolos establecidos por la SEGO y que la utilización de fórceps entra dentro de lo previsto en el artículo 9 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

CUARTO.- El consejero de Sanidad formula preceptiva consulta por trámite ordinario que ha tenido entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora el 13 de mayo de 2019, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, al letrado vocal D. Carlos Yáñez Díaz, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberado y aprobado, por unanimidad, en el Pleno de la Comisión en su sesión de 20 de junio de 2019.

El escrito solicitando el informe preceptivo fue acompañado de la documentación que se consideró suficiente.

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, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía indeterminada y a solicitud de un órgano legitimado para ello a tenor

del artículo 18.3 del Reglamento de Organización y funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por Decreto 5/2016, de 19 de enero (ROFCJA).

El presente dictamen se ha emitido en el plazo legal.

SEGUNDA.- La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial al amparo del artículo 4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC) en relación con el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP) en cuanto es la persona que recibió la asistencia sanitaria que consideran incorrecta.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, en cuanto la asistencia sanitaria se prestó por el HUGM que forma parte de la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid.

En cuanto al plazo, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, a tenor del artículo 67.1 de la LPAC, tienen un plazo de prescripción de un año desde la producción del hecho que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo, que se contará, en el caso de daños de carácter físico o psíquico, desde la curación o la fecha de determinación del alcance de las secuelas.

En el caso sujeto a examen, el citado *dies a quo* viene determinado por la evolución de la incontinencia fecal producida a raíz del parto y por la que fue intervenida quirúrgicamente el 10 de junio de 2016 sin éxito por lo que la reclamación presentada el 11 de abril de 2017 estaría dentro del plazo legal.

Se ha solicitado el informe del servicio al que se le atribuye la producción del daño conforme establece el artículo 81.1 de la LPAC y se ha otorgado a la reclamante el trámite de audiencia previsto en el artículo 82 de la citada Ley.

Se ha recabado el informe de la Inspección Sanitaria con el resultado ya expuesto.

TERCERA.- El instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración, que tiene su fundamento en el artículo 106.2 de la Constitución y su desarrollo en la actualidad tanto en la LPAC como en la LRJSP, exige, según una constante y reiterada jurisprudencia, una serie de requisitos, destacando la sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2014 (recurso 4160/2011) que, conforme el artículo 32 de la LRJSP, es necesario que concurra:

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

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

c) Ausencia de fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta.

Igualmente exige la jurisprudencia el requisito de la antijuridicidad del daño que consiste, no en que la actuación de la Administración sea contraria a derecho, sino que el particular no

tenga una obligación de soportar dicho daño (así sentencias de 1 de julio de 2009 (recurso 1515/2005) y de 31 de marzo de 2014 (recurso 3021/2011)).

CUARTA.- La reclamante considera que tanto la utilización de fórceps como la realización de una episiotomía en su parto le ocasionaron el problema de incontinencia mixta que le ha supuesto perjuicios morales y físicos.

En su escrito inicial no concreta si considera que se actuó de forma incorrecta más allá de afirmar que “(...) *no consta que por parte de los servicios médicos que atendieron a la paciente se adoptara medida alguna*”. A su vez, en el escrito de alegaciones considera que existe una clara relación de causalidad entre el daño y la asistencia prestada pero deriva su reclamación hacia el ámbito de la prestación del consentimiento ya que no fue informada de los riesgos inherentes a un parto instrumentalizado.

En las reclamaciones sobre responsabilidad patrimonial el criterio determinante es el cumplimiento o no de la *lex artis*, en cuanto buena práctica médica. La sentencia del Tribunal Supremo de 19 de junio de 2008 (recurso 2364/2004) define este concepto indicando (FJ 4º), que: “*según jurisprudencia constante de esta Sala, un acto médico respeta la lex artis cuando se ajusta al estado de conocimientos de la comunidad médica en ese momento y, así, realiza lo que generalmente se considera correcto en el tipo de situación de que se trate.*”

La carga de la prueba de la vulneración de esa *lex artis* corresponde en principio a quien reclama el reconocimiento de la responsabilidad patrimonial conforme lo establecido en el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil si bien teniendo en cuenta lo dispuesto en ese precepto legal en cuanto a la facilidad probatoria. En

este sentido cabe recordar la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 14 de diciembre de 2017 (recurso 39/2015).

Como decimos la reclamante no llega a afirmar de forma clara que en el parto se actuase de forma contraria a la *lex artis*, bien por la utilización de fórceps o bien por la episiotomía que se realizó. El informe de la Inspección es claro al indicar que, de acuerdo con los protocolos de la SEGO, fue necesario acudir al parto instrumental ante la prolongación de la fase expulsivo y tratarse de una primípara. Ello motivó asimismo la realización de una episiotomía.

Es cierto que en el parto se produjo un desgarro de grado I que afectó a la zona perianal sin afectación de los músculos del periné ni del esfínter anal en los que, como afirma la Inspección, la SEGO considera que procede suturar, tal y como se hizo por los facultativos que atendieron el parto.

Conviene recordar que el valor del informe de la Inspección Sanitaria en este tipo de expedientes es fundamental tal y como recuerda la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 26 de julio de 2018 (recurso 768/2016).

Lo expuesto conduce a entender que no se ha acreditado que haya existido una mala praxis por parte de los servicios sanitarios que atendieron a la reclamante ya que se actuó con arreglo a los protocolos establecidos por la SEGO para este tipo de partos.

QUINTA.- Debe hacerse una especial referencia a la afirmación de la reclamante en cuanto a que no fue debidamente informada con arreglo a lo exigido por la Ley 41/2002, afirmación que tal y como se pone de manifiesto en su escrito de alegaciones supone el motivo central de su reclamación de responsabilidad patrimonial.

La exigencia o no de consentimiento informado en el parto ha generado posiciones encontradas.

El criterio de esta Comisión (Dictamen 38/17, de 26 de enero) es que el parto no precisa de consentimiento informado de conformidad con el criterio establecido por el Tribunal Supremo en la sentencia de 2 julio de 2010 (recurso 2985/2006)

"(...) el proceso del parto, cuando es inminente e inevitable, constituye un proceso natural respecto del que el consentimiento informado no tiene sentido alguno pues la voluntad de la paciente en nada puede alterar el curso de los acontecimientos. Otra cosa es que se utilizaran medios extraordinarios para facilitar el parto, como podría ser la técnica de la cesárea, en cuyo caso, salvo razones de urgencia, sí debe recabarse el consentimiento informado de la paciente..."

Asimismo, la sentencia del Tribunal Supremo de 20 de noviembre de 2012 (recurso 5637/2011) pone de manifiesto la naturaleza propia de la intervención médica del parto y declara:

"Ciertamente es, en primer lugar, que el paciente debe ser en todo caso informado respecto al proceso médico que va a seguirse y cómo y en qué circunstancias se va a desarrollar para, de esta manera, poder conseguir no sólo el completo conocimiento de cada una de las etapas y situaciones en las que se va a encontrar sino también la máxima predisposición y colaboración a la consecución del resultado con la exteriorización de lo que conocemos como consentimiento informado. Y es que el embarazo y parto no se sustraen de la aplicación de los principios y previsiones contenidas en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, pero lo cierto es que adquiere unas características especiales que lo configuran como un acto médico con singular naturaleza. También, es cierto que las

futuras madres pueden mostrar ciertas preferencias en cómo se va a desarrollar el acto del alumbramiento pero no lo es menos que el mismo está sujeto a las previsiones de garantizar la salud tanto para la madre como para el hijo en los mejores y mayores porcentajes posibles. Por ello, ese acto de información y consentimiento previo ha de situarse respecto a las posibles complicaciones que pueden manifestarse en esos momentos y que han de determinar por parte de los profesionales médicos asistentes la posibilidad de adopción de las decisiones médicas adecuadas y acordes a los síntomas e indicios que se van produciendo.”

Este criterio ha sido mantenido igualmente por otros órganos consultivos y tribunales superiores de justicia. Así cabe citar el Dictamen 6/2017, de 11 de enero del Consejo Consultivo de Castilla-La Mancha y el Dictamen 180/2017, de 22 de junio, del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.

En este mismo sentido se pronuncia la sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 29 de noviembre de 2013 (recurso 1246/2011).

Como decimos, esta Comisión es consciente del debate planteado a este respecto y de la existencia de pronunciamientos judiciales en sentido contrario como la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León (Valladolid) de 30 de septiembre de 2016 (recurso 71/2015) que sí exige ese consentimiento en un parto instrumental.

Ahora bien, por razones obvias en cuanto órgano que culmina la organización judicial en la Comunidad de Madrid sin perjuicio de la jurisdicción que corresponde al Tribunal Supremo (artículo 45 del Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid aprobado por Ley Orgánica 3/1983, de 25 de febrero), ha de prestarse una especial atención a los criterios establecidos por el Tribunal Superior de

Justicia de Madrid que, en sentencia de 6 de junio de 2016 (recurso 325/2014) consideró que:

“Con relación a la falta de consentimiento informado, expresa la sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Contencioso, n° 4119/2010 de fecha dos de julio de 2010: "en las circunstancias en que estaba la gestante resultaba ilógico recabar el consentimiento informado, ya que se trataba de proseguir con el proceso de parto ya iniciado, en cuya gestación necesariamente había sido atendida e informada". Ningún reproche puede hacerse a este razonamiento pues como es obvio el proceso del parto, cuando es inminente e inevitable, constituye un proceso natural respecto del que el consentimiento informado no tiene sentido alguno pues la voluntad de la paciente en nada puede alterar el curso de los acontecimientos. Otra cosa es que se utilizaran medios extraordinarios para facilitar el parto, como podría ser la técnica de la cesárea, en cuyo caso, salvo razones de urgencia, sí debe recabarse el consentimiento informado de la paciente, pero no es ésta la circunstancia que aquí aconteció. El motivo debe ser desestimado".

En la más reciente sentencia de 16 de julio de 2018 (recurso 10/2016) afirma que *“En primer lugar, el consentimiento informado en relación al parto tiene especiales perfiles como ha declarado el Tribunal Supremo.”*.

Tras destacar la sentencia del Tribunal Supremo de 20 de noviembre de 2012 considera de aplicación en relación con el uso del fórceps lo recogido en esa sentencia en cuanto a que:

“Respecto a lo que la parte recurrente considera falta de información de las complicaciones que se iban produciendo hay que decir que las mismas se evidenciaron con ocasión ya del acto

de parto mismo o con inmediata posterioridad al mismo, sin capacidad para poder comunicar no solo su existencia a la paciente sino también los términos y extensión concreta del mismo. No olvidemos que las previsiones del artículo 2 de la citada Ley 41/2002, respecto al consentimiento previo e información ha de preverse con carácter general y no en todos los casos en los que una información excesiva puede contrarrestar la finalidad de la misma. No existían sospechas de feto macrosómico ni tampoco de las vueltas de cordón sobre el cuello del feto hasta que se produjo ya el desarrollo del parto sin que las mismas supusieran ya el cambio de estrategia hacia una cesárea por concurrencia de otras circunstancias".

En este caso, ante la rotura de la bolsa se procedió, según la Inspección, a su ingreso urgente en paritorio. Consta en el expediente (folio 69) una orden de ingreso urgente. La necesidad de utilizar fórceps solo pudo establecerse cuando, al no progresar el parto, fue preciso usarlos de manera inmediata para evitar daños al feto y a la madre. Al firmar el consentimiento informado para la administración de anestesia regional le fue advertida la posibilidad de tener que utilizar fórceps en cuyo caso podría requerir anestesia general.

Así pues, en estas circunstancias y teniendo presente la jurisprudencia expuesta tanto del Tribunal Supremo como del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, esta Comisión considera que no era preciso el consentimiento informado de la reclamante para el parto.

Por tanto, no concurren los requisitos de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la presente reclamación al no haber quedado acreditada la infracción de la *lex artis*.

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 20 de junio de 2019

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 272/19

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid