

Dictamen nº: **325/22**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **24.05.22**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 24 de mayo de 2022, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por D. (en adelante, “*el reclamante*”), hijo de la fallecida, Dña., (en adelante “*la paciente*”); al considerar que su fallecimiento se debió a un retraso asistencial del equipo de Cirugía Vasculardel Hospital Universitario La Paz.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 19 de marzo de 2019, la persona citada en el encabezamiento, asistida de letrado, presentó en el registro electrónico de la Consejería de Sanidad una reclamación de responsabilidad patrimonial por el fallecimiento de su madre, que atribuye a una defectuosa asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario La Paz.

Considera el reclamante que los facultativos del equipo de Cirugía Vasculardel referido hospital dejaron evolucionar indebidamente la hemorragia de la arteria femoral, que sufría su

madre, producida por su *perforación accidental durante* la previa intervención de ablación de flutter auricular, que se le había practicado el mismo día 3 de febrero de 2015, en ese mismo centro hospitalario.

Como cuestiones previas, el escrito de reclamación recoge:

- La declaración expresa del reclamante de que en esa fecha no seguía ninguna reclamación civil o administrativa por los mismos hechos y de que no había recibido, ni tenía pendiente, otra indemnización por su causa.

- Indicación de que el Juzgado de Instrucción número 42 de Madrid había tramitado por estos hechos las diligencias previas 249/2015, a petición del médico forense, en las que el reclamante se personó como perjudicado y acusación particular. El proceso penal había finalizado por Auto de fecha 21 de marzo de 2018, que se desestimó el recurso de reposición interpuesto por su representación procesal, contra el anterior Auto de fecha 24 de enero de 2018, que acordó el sobreseimiento provisional y archivo de la causa.

En cuanto a la exposición de las atenciones médicas cuestionadas, se indica que, la paciente, nacida el 10 de noviembre de 1931, tenía antecedentes médicos de fibrilación auricular, con un episodio de flutter auricular diagnosticado el 26 de septiembre de 2014, de inicio incierto.

El 28 de enero de 2015 presentó náuseas y vómitos seguidos de palpitations, opresión torácica y mareo y refería disnea de moderados esfuerzos en los días anteriores. Por dicha sintomatología fue atendida por el SUMMA 112, que detectó una fibrilación con 150 latidos por minuto, por lo que fue trasladada al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario La Paz, que emitió diagnóstico de “flutter

con RVR"- taquicardia supraventricular- (tercer episodio documentado) e insuficiencia cardiaca congestiva leve.

Con el fin de someterla a una intervención de ablación de flutter auricular, fue ingresada en la planta de Cardiología y se programó la intervención para el 3 de febrero.

La mañana del 3 de febrero de 2015, se realizó la intervención programada y, para su realización, se canalizaron de forma dificultosa tres introductores arteriales en la vena femoral derecha y un introductor en la vena femoral izquierda.

En el curso de las maniobras de introducción o extracción de este catéter en la vena femoral izquierda, accidentalmente se produjeron dos cortes en dicha arteria, siendo ese uno de los riesgos propios de esa operación. El primer corte se produjo a 12,5 cm. de la bifurcación de la aorta abdominal, que se suturó y el segundo corte a 19 centímetros de esta bifurcación, que también fue suturado.

Continúa relatando el reclamante que, alrededor de las 15:30 horas, la paciente mostró evidentes signos de estar sangrando, constatándose así por las enfermeras asignadas y que, las medidas compresivas aplicadas no consiguieron detener la hemorragia y la paciente siguió empeorando, resultando ya muy tarde cuando se adoptaron medidas quirúrgicas.

Explica que, la compresión de la lesión se efectuó sobre las 16:00 horas y que se efectuó en la sala de Electrofisiología y de allí, la paciente fue conducida directamente a planta, sin permanecer en ningún momento bajo observación. Añade que, según consta en la evolución clínica, el Servicio de Cardiología de guardia recibió aviso sobre las 17:50 horas y solicitó un *angio TC urgente* a las 17:55 horas, además de analíticas y pruebas cruzadas.

Ante el empeoramiento que estaba sufriendo la paciente, la enfermera volvió a llamar al Servicio de Cardiología y tras nueva revisión de su situación, sobre las 18:45 h. observaron un deterioro generalizado de la paciente, con mal estado general, palidez cutánea, mala perfusión y con disminución del nivel de conciencia, pues presentaba un sangrado importante y estaba en situación de shock hipovolémico, dado que el hematoma había aumentado de tamaño, encontrándose en tensión.

Dada la nueva situación se pusieron en contacto con el equipo de Cirugía Vascul ar y se constató que era necesario someter a la paciente urgentemente a una intervención quirúrgica. Sin embargo, el equipo de Cirugía Vascul ar de guardia se encontraba operando a otro paciente, por lo que hubieron de esperar hasta que concluyera la otra operación, lo que sucedió a las 19:50 horas.

Finalmente, la paciente pudo ser intervenida por el Servicio de Cirugía Vascul ar a las 20:00 horas. Según explica la reclamación, llegó al quirófano en shock hipovolémico, tras la inducción se objetivó una bradicardia intensa, por lo que se iniciaron maniobras de reanimación avanzada que se mantuvieron durante unos 60 minutos, al mismo tiempo que se le transfundían 9 unidades de concentrado de hematíes. Sin perjuicio de esas medidas, el shock hemorrágico produjo daño multiorgánico en el curso de un proceso sistémico que originó la disfunción de diferentes órganos vitales y, tras esos 60 minutos de intentos de reanimación, se confirmó el fallecimiento de la paciente.

Según consta en el correspondiente certificado médico de defunción el fallecimiento se produjo a las 21:10 horas, del día 3 de febrero de 2015.

Por todo lo expuesto, mantiene el reclamante que el seguimiento del desgarr o de la arteria femoral de su madre fue incorrecto y que

medió un notorio retraso en el tratamiento quirúrgico que debiera haberlo solventado, determinando su fallecimiento y, por esa causa, solicita una indemnización de 90.000 euros, más los correspondientes intereses legales, desde la fecha del fallecimiento.

Se aporta con la reclamación – folios 19 a 88-. el poder general para pleitos conferido al letrado actuante; el informe de quirófano correspondiente a la operación de cateterismo para ablación de flutter auricular; el informe de *exitus*; el informe de autopsia de 5 de febrero de 2015, emitido por la médico forense del Instituto Anatómico Forense de Madrid; el informe anatomopatológico, de fecha 28 de abril de 2015; el certificado médico de defunción; la comparecencia del médico forense ante el juzgado de instrucción; informe médico forense de fecha 31 de mayo de 2016; informe médico forense de fecha 2 de enero de 2018; Auto de fecha 4 de febrero de 2015 por el que el Juzgado de Instrucción núm. 42 de Madrid acuerda la incoación de las diligencias de instrucción a partir de la comparecencia del médico forense; diversas actuaciones desarrolladas en el procedimiento penal; Auto de 24 de enero de 2018 por el que el Juzgado de Instrucción acordó el sobreseimiento provisional y el archivo de la causa y el Auto de 21 de marzo de 2018, por el que el juzgado de instrucción acordó desestimar el recurso de reposición formulado contra la anterior resolución, que se confirma.

SEGUNDO.- Del estudio del expediente resultan los siguientes datos de interés para la emisión del Dictamen:

La paciente, el 30 de enero de 2015, de 83 años en ese momento, ingresó desde Urgencias en el Servicio de Cardiología del Hospital Universitario La Paz, en adelante HULP, por un cuadro de palpitaciones y disnea.

Como antecedentes de interés constaba diagnosticada en 2014 de episodio de flutter auricular de inicio incierto, iniciando tratamiento anticoagulante y betabloqueante. Había acudido nuevamente a Urgencias por taquicardia supraventricular e insuficiencia cardiaca leve en octubre de 2014, realizándole cardioversión eléctrica y quedando pendiente de estudios electrofisiológicos y ablación.

Además contaba con otros antecedentes de epilepsia, hipotiroidismo y déficit de vitamina D y estaba en tratamiento con Sintrom, Bisoprolol, calcio, Epanutin, Hidroferol, Metformina, Novonorm, omeprazol, Stilnox, telmisartan e hidroclorotiazida.

Acudió a Urgencias del HULP el día 30 de enero de 2015 por presentar episodio de náuseas y vómitos, seguido de palpitaciones, opresión torácica y mareo, tras haber sido atendida por el SUMMA que objetivó taquicardia supraventricular de 150 latidos por minuto, por lo que le administró metoprolol bajando a 120 y quedando asintomática. Refirió en ese momento disnea de pequeños esfuerzos los días previos, además de un episodio de distonía paroxística nocturna, tres días antes. Presentaba en la auscultación pulmonar crepitantes bibasales. El resto de la exploración era normal y las pruebas complementarias denotaron anemia, con hemoglobina de 9,7 gr/dl e hipertensión arterial pulmonar del 30,9%, sin otros hallazgos reseñables. El ecocardiograma destacó: *“Flutter auricular a 150 lpm con onda F positiva en V1 e isodifásica en cara inferior. QRS estrecho y la radiografía de tórax, indicó que con tórax en decúbito aumento del índice cardiorácico. Pinzamientos de senos costofrénicos”*. Se inició patrón de redistribución.

En el hospital se inició tratamiento deplectivo, con buena respuesta y, dado que la paciente estaba pendiente de que se le

realizara la ablación del istmo cardiaco, se decidió programar el procedimiento durante ese ingreso.

Según consta expresamente en el informe de *exitus*, realizado el 17 de febrero de 2015, se le explicaron a la paciente el día 30 de enero los beneficios y riesgos del procedimiento y firmó el consentimiento informado, aunque no consta entre la historia clínica remitida.

El día 3 de febrero de 2015 se procedió a realizar el procedimiento de ablación, en la sala de la Unidad de Arritmias y Electrofisiología Robotizada del HULP. Según consta, llegó allí a las 8:30h y permaneció en ese lugar hasta las 16:00 h.

En cuanto al desarrollo del procedimiento, se describe que, tras una sedación superficial, se canalizaron 3 introductores en la vena femoral derecha y 1 en la vena femoral izquierda. Se inició estudio electrofisiológico, diagnosticándose de flutter izquierdo, por lo que se realizó punción transeptal con aguja BRK1, bajo guía electroanatómica, sin complicaciones. Se indujeron varios tipos de flutter izquierdo, todos ellos envolviendo a la cara anterior de la aurícula izquierda. Para disminuir recurrencias, se realizó bloqueo del istmo cavotricuspídeo. Durante el estudio se administró anticoagulación con heparina sódica, según protocolo. A las 14:00 h. se suspendió la infusión de heparina.

Tras finalizar el procedimiento, se retiraron los catéteres e introductores vasculares a las 15.14 h, se realizó hemostasia manual de ambas punciones femorales y se cubrió la zona con vendaje.

Siguiendo el protocolo en casos con riesgo de taponamiento, se realizó, tanto previo, como postprocedimiento, un ecocardiograma transtorácico que en ambos casos descartó derrame pericárdico.

La paciente salió del laboratorio a las 16:00h, encontrándose consciente, colaboradora y hemodinámicamente estable, sin que se apreciara en ninguna de las dos zonas de punción hematomas o evidencia de sangrado externo o interno. La paciente no estaba hipotensa y presentaba una saturación de oxígeno superior al 95%.

Durante el tiempo de espera, los médicos informan a la familia del probable éxito del procedimiento y de la ausencia de complicaciones aparentes, antes del traslado a planta de hospitalización.

Una vez en planta, se constató con Enfermería que la paciente se encontraba bien y se volvió a informar a la familia.

No obstante, según consta en los apuntes posteriores de Enfermería, a las 16:30 horas la paciente presentó dolor en la zona femoral izquierda, con hinchazón y se avisó al médico de guardia. Se procedió a realizar nuevamente compresión manual, por parte de la enfermera y el médico de guardia y a canalizar una vía periférica. Se realizaron pruebas cruzadas, analítica, gases urgentes, se realizó ecocardiograma por el médico de guardia y se solicitó TC.

Dado que no se observaba mejoría y la paciente presentaba tendencia a la hipotensión, a pesar de la administración de volumen, así como hinchazón en el muslo izquierdo, se avisó de nuevo al cardiólogo y al laboratorio, confirmando que tenía 5 de hemoglobina.

Ante el nuevo escenario evolutivo, se reclamó el TC urgente y se comenzó a transfundir 1 concentrado de hematíes por una vía y por la otra sustitutivo plasmático coloidal. Tras realizar el TC, se confirmó la presencia de sangrado activo, que precisaba de intervención.

De nuevo en planta, se le canalizó una vía central en la yugular y se le administró noradrenalina por la misma, trasladándola a quirófano y pasando el segundo concentrado de hematíes.

En referencia al desarrollo posterior de la urgencia que se había presentado, el cardiólogo de guardia hizo constar que a las 17.50h le avisaron por dolor en punto de punción femoral izquierdo, con aparente hematoma y sin sangrado al exterior, presentando la paciente tensión arterial normal y aumento de volumen en región superior de muslo, sugestivo de hematoma. Según su relato, se comprimió el punto de punción durante 20-25 minutos y se dejó vendaje compresivo con peso. En ese espacio de tiempo, la tensión arterial disminuyó y tuvieron que administrarle líquidos para que subiera. Se anotó que el volumen del hematoma no aumentaba tras la compresión. Se le realizó una nueva analítica y pruebas cruzadas y se solicitó angioTC, urgente.

Aproximadamente a las 18.45h avisaron de nuevo al cardiólogo por aumento del hematoma en el miembro inferior. La paciente presentaba ya en ese momento mal estado general, palidez cutánea, mala perfusión y disminución del nivel de conciencia y el hematoma había aumentado de forma importante. Ante esa situación se inició transfusión de hemoderivados. Se realizó gasometría a las 19.03h con datos, entre otros, de saturación de oxígeno de 26,4%.

Se le realizó angioTC abdómino-pélvico y se avisó a Cirugía Vasculuar. La conclusión del TC abdómino-pélvico realizado fue, la presencia en ese momento de un gran hematoma en compartimento anterior de muslo izquierdo y signos de extravasado arterial en la arteria femoral superficial. Se trasladaron los datos a Cirugía Vasculuar, se canalizó una vía central, se inició perfusión de noradrenalina, coloide y concentrado de hematíes y se trasladó a la paciente de forma urgente a quirófano de Cirugía Vasculuar, donde

ingresó a las 20 horas. En la hoja de anestesia consta que la paciente presentaba situación de shock hipovolémico con 4,8gr/dl, de hemoglobina.

Fue intervenida bajo anestesia general, comprobándose rotura iatrogénica de la femoral superficial izquierda. Tras clampaje de la arteria, se procedió al cierre del punto sangrante.

La paciente presentó en el quirófano parada cardiorrespiratoria de la que no se logró reanimar, pese a las prolongadas maniobras de resucitación, que se detuvieron a las 21.10h.

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

Consta, en primer lugar, comunicación de la actual aseguradora del SERMAS, comunicando que el siniestro no se encuentra cubierto por esa entidad, pues la fecha de la primera reclamación contra la administración sanitaria madrileña, se produjo con anterioridad a la fecha de su primer aseguramiento- folio 90-.

Mediante diligencia de instrucción, notificada a la representación de los reclamantes, el 21 de mayo del 2019, la instructora del procedimiento comunicó al reclamante que se admitía a trámite la reclamación y que sería tramitada de conformidad con la LPAC. En la misma diligencia se requería a que se efectuara la acreditación del parentesco entre el reclamante y la paciente.

El día 28 de mayo, según lo requerido, la representación letrada del reclamante incorporó al procedimiento copia del libro de familia de la madre del interesado.

Posteriormente, el día 28 de junio, se requirió la presentación de la reclamación por medios telemáticos, por requerirlo así el artículo 14.2 de la LPAC, procediendo en la forma interesada por el reclamante el día 1 de julio de 2019.

Se adicionó al expediente la historia clínica de la paciente, recabada del Hospital Universitario La Paz y, en cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81.1 de la LPAC, se incorporó informe de 2 de agosto de 2019 suscrito por el jefe de Sección de Cardiología de ese mismo hospital, siendo el responsable de la unidad asistencial al que se imputa la producción del daño -folios 209 al 211-. El informe, según se desprende de la terminología empleada en su redacción, se emitió inicialmente con vistas a su integración en el procedimiento penal tramitado con anterioridad.

Resumiendo el contenido de dicho informe, observamos que en el mismo se detallan todas las circunstancias del desarrollo de la asistencia dispensada el día 3 de febrero de 2015 y las decisiones terapéuticas que se fueron adoptando a la vista de la evolución de la paciente, justificándolos en la aplicación de los parámetros establecidos al efecto en la literatura médica que el propio informe cita.

Así, en cuanto al seguimiento inmediato de la intervención de ablación de flutter, explica: *“Se mantuvo a la paciente durante 45 minutos adicionales en observación en el laboratorio de electrofisiología, no refiriéndose ninguna complicación. Toda la información disponible hasta el momento, por todos los profesionales que atendieron a la paciente, es que se habían realizado 4 punciones venosas y no se habían advertido complicaciones durante las horas que duró el procedimiento.”*

La paciente fue trasladada directamente a la planta de Cardiología a las 16:00 horas. Aunque la acusación menciona que debió hacerse otro tipo de seguimiento después del procedimiento, no existe ninguna recomendación establecida en las guías de práctica clínica al respecto sobre que este tipo de pacientes, donde no se ha observado ninguna complicación, deban mantenerse en un medio de observación diferente al efectuado en la presente paciente, en la planta general de Cardiología, incluso frecuentemente puede realizarse de forma ambulatoria.”.

En referencia a las medidas adoptadas ante la primera nota de alarma, por dolor en la ingle izquierda de la paciente, a las 16:45 horas, se explica que se adoptó medidas de compresión durante 20-25 minutos y solventando la bajada de la tensión aportando volumen considerando que ante tal situación “*se adoptaron las medidas recomendadas ante una complicación hemorrágica de un procedimiento percutáneo*” y que, además, se solicitaron diversas pruebas como analítica de sangre, cruzadas de sangre para eventual transfusión y un TAC.

Y en cuanto al reproche de que se pudiera haber solventado la situación con la realización de una intervención quirúrgica en ese momento, se indica que se trata de una conclusión claramente determinada por el conocimiento del desenlace final y que “*sin embargo, es de destacar que la actuación recomendable es la compresión manual, que es capaz de controlar este tipo d complicación en la mayoría de los casos, evitando una cirugía que conlleva una elevada morbimortalidad en pacientes de estas características*”, añadiendo que “*el TAC permitiría determinar varios aspectos, si el sangrado era arterial o venoso y si mediante la compresión se había conseguido detener o no el sangrado*”.

Sobre las medidas posteriores, este informe las justifica, pues considera que el único TAC se realizó a la paciente fue realizado, en torno a las 19:45h.y que, al constatarse el sangrado activo de carácter arterial, determinaba la necesidad de cirugía y, considera que, pese a la que los cirujanos vasculares de guardia estaban interviniendo a otro paciente poco antes, consiguieron que la afectada entrara en quirófano solo 15 minutos después.

El informe también justifica que no tuviera que existir otro equipo de guardia en el hospital, pues las guías de práctica clínica para los procedimientos de ablación de flutter o fibrilación ventricular no previenen la intervención de los cirujanos vasculares.

El 7 de noviembre de 2019, hay un segundo informe del responsable de Cardiología ratificando el que, pese a no encontrarse en la historia clínica, se explicó al paciente los beneficios y riesgos de la intervención que se le practicó la mañana del día 3 de febrero de 2019 y que firmó el consentimiento.

Igualmente se ha incorporado al expediente el informe de 19 de diciembre de 2019 de la Inspección Sanitaria que, en primer lugar destaca las circunstancias del procedimiento penal que se tramitó con anterioridad, destacando:

«Previamente a la reclamación por responsabilidad patrimonial, se instruyó procedimiento judicial, diligencias previas por delitos sin especificar, contra tres facultativos, que se sobreseyeron provisionalmente el 24 de enero de 2018, y ante el que se presentó recurso de reforma que se desestimó con fecha de 21 de marzo de 2018.

Para el procedimiento judicial se tuvo en cuenta un informe médico forense de fecha 31 de mayo de 2016, que menciona la existencia

de contradicciones en la historia clínica del HULP. El informe incurre en un error al afirmar que el acceso del catéter para la ablación se realizó por vía arterial, lo que no coincide con lo registrado en la documentación clínica en la que figura claramente que el acceso fue venoso.

Con fecha 2/01/18 se realiza un segundo informe médico forense que corrige al anterior precisando que el acceso fue por vía venosa. También indica que el acceso femoral izquierdo fue dificultoso, lo que no coincide con los datos de la historia, en los que consta que la dificultad se presentó en el lado derecho, motivo por el cual fue necesario introducir el introductor por la vena femoral izquierda. Se afirma también en el citado informe que las lesiones encontradas en la autopsia en la arteria femoral superficial, que estaban suturadas “debieron ser suturadas en el momento de ser producidas, por la grave y rápida hemorragia de origen arterial que esto ocasiona, incompatible con la vida más allá de unos minutos”. Esta afirmación se contradice de nuevo por completo con la información recogida en los documentos de la historia clínica: informe de Electrofisiología, informe de alta de Cardiología e informe de Cirugía Vascul ar, en los que consta que la prueba se realizó sin que se detectaran incidencias ni se lesionara ni suturara una arteria durante la realización del procedimiento en la sala de electrofisiología. La sutura, según recoge el informe de Cirugía Vascul ar, se realizó por los médicos de este Servicio en el quirófano ese mismo día a las 20:00h, una vez que se manifiesta el sangrado. El informe pericial concluye que “estima la demora en la intervención quirúrgica, una vez establecida la necesidad de la misma, con la patología cardíaca subyacente que padecía, un tiempo vital que sin duda ha condicionado de forma definitiva el pronóstico fatal de esta complicación quirúrgica”.

El auto judicial 137/2018, de 24 de enero de 2018, atribuye esta demora a la existencia de un único equipo de cirugía vascular de guardia, no pudiendo atender a la paciente inmediatamente al encontrarse realizando otra operación urgente».

Por tanto, la Inspección destaca ciertas discrepancias entre los datos de la historia clínica y los mantenidos en el informe forense, aun después de haber sido corregido indicando que la ablación se realizó por vía venosa y no arterial y, pese a reproducir el reconocimiento judicial de la carencia asistencial que supuso *“la existencia de un único equipo de cirugía vascular de guardia, no pudiendo atender a la paciente inmediatamente”*; en línea con las explicaciones del servicio al que se atribuye la responsabilidad, adopta las siguientes conclusiones:

“El procedimiento estaba correctamente indicado, se ha realizado en un centro con la dotación tecnológica y de recursos humanos suficiente y por personal con la formación necesaria.

Se ha producido una complicación muy grave descrita en la literatura y las medidas que se han tomado para su resolución son acordes a lo descrito en la bibliografía.

No se ha podido comprobar la existencia de documento de consentimiento informado, aunque en el informe clínico se recoge que se informó a la paciente de los riesgos y esta firmó el documento”.

Se han incorporado igualmente, a instancia del SERMAS, dos informes periciales, de fechas 17 de diciembre de 2020 y 31 de mayo de 2021, emitidos por un doctor especialista en Medicina Legal y Forense, proporcionado por los servicios médicos de su aseguradora- folios 549 al 555 y 556 al 594 -, que respectivamente efectúan una

valoración sobre la pérdida de oportunidad sufrida por la reclamante y sobre la práctica médica.

En el primero, se parte de la existencia entre un nexo de causalidad objetivo entre el fallecimiento de la paciente y el shock hemorrágico que presentó, *“sin que ello suponga que las lesiones sufridas sean secundarias a una asistencia inadecuada”*, y determina:

“1. La paciente fue sometida a un cateterismo femoral para realizar una ablación de flutter auricular.

2. La paciente tiene por la tarde un deterioro de tensión arterial y de nivel de conciencia, con aumento del diámetro en la raíz del muslo, objetivándose una hemorragia derivada de lesión en femoral superficial izquierda.

3. Como consecuencia de la hemorragia la paciente fallece de un shock hemorrágico.

4. Se establece una pérdida de oportunidad del 80%.

5. El presente informe tiene por objeto la estimación de la pérdida de oportunidad, sin que ello implique reconocimiento de una praxis deficiente o errónea”.

Constan igualmente en el folio 547 del expediente, los cálculos correspondientes a la indemnización por el fallecimiento de una mujer de 84 años de edad con un único hijo de 56 años, según baremo y criterios de cálculo, establecidos en la vigente Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, arrojan un total de 38.345,07 euros.

El segundo informe analiza con detenimiento la praxis médica y asistencial y, si bien considera que contrariamente a la valoración del

médico forense y, tal como resulta de los datos de la historia clínica, el sangrado no se produjo desde el principio, sino desde las 16:30 horas aproximadamente, considera que inicialmente se habría solventado correctamente con la compresión manual realizada, estando la paciente correctamente controlada a las 18:30h, pero debió de desprenderse posteriormente el coagulo, dado el súbito empeoramiento a las 18:55h y afirma que, en ese momento la indicación ya sí era quirúrgica, por lo que estima una hora aproximadamente de retraso asistencial.

Concedido el trámite de audiencia a las reclamantes el día 3 de marzo de 2022, se efectuaron alegaciones finales, incorporadas al procedimiento el 24 de marzo. En ellas se reiteran los términos de la reclamación inicial y añadiendo la reclamación correspondiente a la ausencia del consentimiento informado para la ablación del flutter que, determinó todas las complicaciones posteriores, incidiendo en las conclusiones de los informes periciales elaborados a cargo de la aseguradora del SERMAS e incorporados al procedimiento, solicitando por todo ello una indemnización de 90.000€, más intereses legales desde el día del fallecimiento.

Incorporado todo ello al procedimiento, con fecha de 4 de abril de 2022, el viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública fórmula propuesta de resolución, en sentido parcialmente estimatorio de la reclamación presentada, por considerar que el Hospital Universitario La Paz incurrió en una demora diagnóstica/asistencial de la paciente, reconociendo una indemnización de 38.345,07€ en favor del reclamante, resultante de la valoración a que conduce la aplicación del baremo de la vigente ley 35/2015.

CUARTO.- El consejero de Sanidad formula preceptiva consulta por trámite ordinario que ha tenido entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora el 5 de abril de 2022, correspondiendo su

estudio, por reparto de asuntos, a la letrada vocal Dña. Carmen Cabañas Poveda, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberada y aprobada, por unanimidad, en el Pleno de la Comisión en su sesión de 24 de mayo de 2022.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros, y por solicitud del consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial se regula en la LPAC.

En cuanto a la legitimación activa, la reclamación se ha interpuesto por el hijo de la paciente, que ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), pues su fallecimiento le ha ocasionado un daño moral incuestionable. Ha acreditado la relación de parentesco con la aportación del libro de familia.

Sin perjuicio de lo indicado, el reclamante carece de legitimación para reclamar por la falta de información a la paciente en cuanto a la intervención de ablación de flutter a que fue sometida la mañana del día 3 de febrero de 2015.

Como ya sostuvimos en nuestros dictámenes 46/16, de 28 de abril; 166/16, de 9 de junio; 507/16, de 10 de noviembre; 141/18, de 22 de marzo, 200/18, de 3 de mayo o 162/21, de 13 de abril, entre otros, al considerar las quiebras o vulneraciones del derecho a la información un daño moral personalísimo (en sintonía con el carácter que se desprende del artículo 5.1 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, según el cual el titular del derecho a la información es el propio paciente, como también indica la Sentencia 37/2011, de 28 de marzo, del Tribunal Constitucional); se concluye que la reclamación por la vulneración del derecho resulta intransmisible a los herederos y sólo el paciente puede invocarlo.

Igualmente en dictámenes como el 332/21, de 6 de julio, hemos recordado que esta Comisión Jurídica Asesora no desconoce la Sentencia del Tribunal Supremo de 4 de febrero de 2021 (recurso 3935/2019), si bien no se considera que ese pronunciamiento sea suficientemente concluyente para propiciar un cambio de criterio, puesto que no contiene pronunciamiento expreso sobre la transmisibilidad del daño moral y personalísimo, en que se traduce dicha falta de información.

Se cumple igualmente la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, en cuanto las atenciones cuestionadas fueron desarrolladas en el Hospital Universitario La Paz, dependiente de la administración sanitaria madrileña.

En lo relativo al requisito temporal, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, que se contará, en caso de daños de carácter físico o psíquico, desde que el hecho aconteció o desde la curación o determinación del alcance de las secuelas (artículo 67.1 de la LPAC).

En el presente caso, el fallecimiento de la madre del reclamante se produjo el 3 de febrero de 2015 y la reclamación se interpuso el 19 de marzo de 2019, si bien, mediaron actuaciones penales con eficacia interruptiva de la prescripción.

De ese modo, según se indicó el Juzgado de Instrucción número 42 de Madrid había tramitado por estos hechos las diligencias previas 249/2015, a petición del Médico Forense, en las que le reclamante se personó como perjudicado y acusación particular. El proceso penal finalizó por Auto de fecha 21 de marzo de 2018, que desestimó el recurso de reposición interpuesto por su representación procesal, contra el anterior Auto de 24 de enero de 2018, que acordó el sobreseimiento provisional y archivo de la causa.

Atendiendo por tanto a la fecha del 21 de marzo de 2018 como *dies a quo*, debemos concluir que la reclamación se encuentra formulada en plazo.

Respecto a la tramitación del procedimiento ha de estarse a lo establecido en la LPAC. En este caso, consta que se ha solicitado informe de los servicios a los que se imputa la producción del daño, conforme reclama el artículo 81 de la LPAC y también se ha recabado el informe de la Inspección Sanitaria, además de otros dos informes periciales elaborados a instancias del SERMAS. Posteriormente se ha concedido el trámite de audiencia y alegaciones finales al reclamante, que han hecho uso del mismo y se ha elaborado la correspondiente propuesta de resolución, que estima parcialmente la reclamación, según ya se indicó.

Analizado así el desarrollo procedimental, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido trámite alguno 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, que garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley, previsión desarrollada por la LRJSP en su título preliminar, capítulo IV, artículos 32 y siguientes.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, requiere la concurrencia de varios requisitos:

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) Que exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, sin que ésta sea producida por fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de

2009 (recurso de casación 1515/2005) y otras sentencias allí recogidas, *“no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”*.

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 recuerda la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de mayo de 2016 (recurso 1153/2012) *“que cuando se trata de reclamaciones derivadas de actuaciones sanitarias, la doctrina jurisprudencial viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente, de manera que, si el servicio sanitario o médico se prestó correctamente y de acuerdo con el estado del saber y de los medios disponibles, la lesión causada no constituiría un daño antijurídico”*.

CUARTA.- De los presupuestos anteriormente señalados se deduce que no cabe plantearse una posible responsabilidad de la Administración, sin la existencia de un daño real y efectivo.

En el caso que nos ocupa está acreditado el fallecimiento de la madre del reclamante, que constituye un *“daño moral cuya existencia no necesita prueba alguna y ha de presumirse como cierto”* (Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de noviembre de 2004 -recurso

7013/2000- y en similar sentido la Sentencia de 25 de julio de 2003 - recurso 1267/1999-) y que jurisprudencia consolidada ha admitido como supuesto de lesión indemnizable (Sentencias del Tribunal Supremo de 27 de noviembre de 1993 -recurso 395/1993-, 19 de noviembre de 1994 -recurso 12968/1991- y 28 de febrero de 1995 -recurso 1902/1991-), aunque de difícil valoración económica.

Sin embargo, la existencia de un daño no es suficiente para declarar la responsabilidad de la Administración, por lo que ha de analizarse la concurrencia, en su caso, de los demás requisitos.

Tal como ya ha sido señalado, el interesado imputa el *daño* -el fallecimiento de su madre- a un retraso en la aplicación de la solución quirúrgica al desgarro accidental de la arteria femoral que tuvo lugar, como consecuencia de la previa intervención de ablación del flutter a que se sometió a la paciente, en el Hospital Universitario La Paz.

No cabe obviar que en las reclamaciones de responsabilidad patrimonial por asistencia sanitaria es a la parte reclamante a la que incumbe, como regla general, la carga de la prueba. En este sentido se ha pronunciado la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 20 de septiembre de 2016 (recurso 60/2014), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

En el supuesto que nos ocupa, el reclamante no ha aportado criterio médico o científico adicional al incorporado por los propios servicios que atendieron al paciente y sustentan su reclamación en la propia valoración del material incorporado al expediente a impulso del instructor, por imperativo de las previsiones de la LRJSP.

Resulta que los diversos informes proporcionados por la administración resultan contradictorios, pues si el del servicio al que se achaca el retraso y la Inspección Sanitaria consideran que todas

las atenciones dispensadas fueron acordes a la *lex artis* y que, pese al fatal desenlace, no medió retraso asistencial; los informes proporcionados por la aseguradora del SERMAS, tras un minucioso análisis de la situación concluyen que, a partir de las 16:30 horas existían signos clínicos que evidenciaban que el taponamiento inicialmente conseguido con la técnica conservadora se había desprendido y que era necesario adoptar urgentemente medidas quirúrgicas, pese a lo cual no se adoptaron hasta las 20:00h.

Ante la concurrencia de informes periciales de sentido diverso e incluso contradictorio en sus conclusiones, la valoración conjunta de la prueba pericial ha de hacerse, según las reglas de la sana crítica, con análisis de la coherencia interna, argumentación y lógica de las conclusiones a que cada uno de ellos llega. En este sentido, la Sentencia de la Sala de lo Contencioso del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de febrero de 2016 (rec. 1002/2013) manifiesta que *“las pruebas periciales no acreditan irrefutablemente un hecho, sino que expresan el juicio o convicción del perito con arreglo a los antecedentes que se le han facilitado (...)”* y *“no existen reglas generales preestablecidas para valorarlas, salvo la vinculación a las reglas de la sana crítica en el marco de la valoración conjunta de los medios probatorios traídos al proceso (...)”*.

La Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 27 de abril de 2017 (rec. núm. 395/2014) añade que, para el caso de que existan informes periciales con conclusiones contradictorias, *“es procedente un análisis crítico de los mismos, dándose preponderancia a aquellos informes valorativos de la praxis médica que, describiendo correctamente los hechos, los datos y fuentes de la información, están revestidos de mayor imparcialidad, objetividad e independencia y cuyas afirmaciones o conclusiones vengan dotadas de una mayor explicación racional y coherencia interna, asumiendo parámetros de calidad asentados por la comunidad científica, con referencia a*

protocolos que sean de aplicación al caso y estadísticas médicas relacionadas con el mismo. También se acostumbra a dar preferencia a aquellos dictámenes emitidos por facultativos especialistas en la materia, o bien con mayor experiencia práctica en la misma. Y en determinados asuntos, a aquéllos elaborados por funcionarios públicos u organismos oficiales en el ejercicio de su cargo y a los emitidos por sociedades científicas que gozan de prestigio en la materia sobre la que versa el dictamen". Según lo indicado, deberemos analizar la solvencia y fundamentación de las valoraciones técnico-médicas incorporadas al expediente, pues como se indicó son parcialmente contradictorias.

Según explica la Inspección, la ablación con catéter de la fibrilación auricular se ha convertido en un procedimiento habitual en la práctica clínica, y se encuentra indicado para restaurar y mantener el ritmo sinusal en pacientes con fibrilación auricular paroxística sintomática, persistente y probablemente persistente de larga duración. En general es un tratamiento de segunda línea, después de fallo o intolerancia a fármacos antiarrítmicos y sus posibles complicaciones de varían según los estudios, pero están en torno a un 4%, siendo las más frecuentes las complicaciones vasculares, que suponen el 32,4% y son factores de riesgo la edad avanzada y el sexo femenino.

Las complicaciones arteriales relacionadas con la inserción de un catéter, ya sea venoso o arterial, incluyen hemorragias con riesgo vital, hematomas, malposición, fistulas, bloqueo auriculoventricular, trombosis, sangrado retroperitoneal y el potencialmente más grave, el taponamiento cardiaco.

Este mismo informe también afirma que, habitualmente una punción arterial iatrogénica se sospecha de forma inmediata, dado que el paciente presenta signos de descompensación y que el diagnóstico definitivo puede confirmarse realizando una

angiogramía computarizada (angioTC) o una arteriografía a través del catéter.

Respecto al shock hipovolémico hemorrágico, se explica que es la forma más común de shock y que: *“si la hipovolemia es severa (>40% del volumen de sangre) aparecen los signos de shock, hipotensión, taquicardia, oliguria y agitación y confusión y se mantiene que la transición de shock hipovolémico medio a severo puede ser insidiosa o extremadamente rápida. Si el shock severo no se revierte rápidamente, especialmente en pacientes ancianos o con comorbilidad, la muerte es inminente. Un margen de tiempo muy estrecho separa el trastorno encontrado en el shock severo que puede ser revertido con resucitación agresiva de la descompensación progresiva y lesión celular irreversible”*.

Sobre la caracterización y el debido funcionamiento y de las unidades de arritmias, en necesariamente estrecha relación con los correspondientes servicios de Cirugía Vasculat, la Inspección mantiene: *“entre los requisitos para crear una unidad de arritmias y electrofisiología invasiva está la selección de personal médico de enfermería y técnico muy especializado. Requiere una estructura y un equipamiento técnico sofisticado y de alto coste. Son necesarias también unidades de recuperación con personal preparado especialmente*.

En el caso de un centro de electrofisiología de alto volumen necesita una colaboración estrecha entre la unidad de arritmias y la unidad de cirugía cardíaca. El apoyo quirúrgico puede resultar indispensable en caso de emergencia. En el dimensionado de la unidad de arritmias se contempla la existencia en el mismo hospital de unidad de cirugía cardiovascular, pero no está previsto este servicio en centros de menor complejidad que disponen de recursos similares como los laboratorios de hemodinámica/intervencionismo”.

Los informes periciales contrastados, en general mantienen las mismas premisas teóricas expuestas, aunque difieren en su aplicación a este caso concreto, pues si el del Servicio de Cirugía Vasculuar y el de Inspección consideran correcto que se pospusiera la solución quirúrgica pese a la notoria y rápida descompensación de la paciente a las 18:45 h, a la espera de la práctica de un TAC; el informe de la aseguradora del SERMAS, argumenta que llegados a ese punto no había que demorar la decisión y debería haberse intervenido a la paciente, ante la evidencia de sus síntomas, pues en ese momento, la paciente presentaba un mal estado general, palidez cutánea, mala perfusión, bajada de tensión arterial y disminución del nivel de conciencia y, muy gráficamente, el hematoma de la pierna había aumentado de forma muy considerable, encontrándose en tensión. Por tanto, considera este informe, de forma que entendemos sólidamente argumentada que, encontrándose la paciente en un estado muy grave entre las 19:00 h y las 20:00 h, no tenía sentido realizar un TAC, cuando el procedimiento de elección era la cirugía urgente, perdiéndose un tiempo valiosísimo, como además constató efectivamente el TAC, que realizado a las 19:45 horas, describió un hematoma de grandes dimensiones que se correspondía con un volumen de sangre de 1250 cc que, dada la complexión, edad y estado de la paciente, la situó en situación de shock hipovolémico, que resultó irreversible.

Se establece, por tanto, una conclusión favorable a la existencia de una demora asistencial, imputable a la atención del Hospital Universitario La Paz, determinante de una pérdida de oportunidad para la paciente, que se centra en un retraso asistencial de aproximadamente 1 hora pues, teniendo en cuenta que cuanto más precoz es la intervención médica, más posibilidades de recuperación tiene el paciente afectado por la urgencia, consideramos que nos encontramos ante un supuesto de pérdida de oportunidad que se

caracteriza “(...) por la incertidumbre acerca de si la actuación médica omitida pudiera haber evitado o minorado el deficiente estado de salud del paciente” tal y como recoge la Sentencia del Tribunal Supremo de 24 de septiembre de 2018 (recurso 976/2016).

Por su parte el Tribunal Superior de Justicia de Madrid ha recogido el concepto de pérdida de oportunidad en su Sentencia de 8 de noviembre de 2019 (recurso 178/2018) y en ella recuerda las sentencias del Tribunal Supremo de 2 de enero y de 3 de diciembre de 2012, en las que, remitiéndose a la de 27 de septiembre de 2011 que, a su vez, se refería a otras anteriores, definía la pérdida de oportunidad sobre la base de la Sentencia del Tribunal Supremo de 24 de noviembre de 2009 según la cual: *“La doctrina de la pérdida de oportunidad ha sido acogida en la jurisprudencia de la Sala 3ª del Tribunal Supremo, así en las sentencias de 13 de julio y 7 de septiembre de 2005, como en las recientes de 4 y 12 de julio de 2007, configurándose como una figura alternativa a la quiebra de la lex artis que permite una respuesta indemnizatoria en los casos en que tal quiebra no se ha producido y, no obstante, concurre un daño antijurídico consecuencia del funcionamiento del servicio. Sin embargo, en estos casos, el daño no es el material correspondiente al hecho acaecido, sino la incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse seguido en el funcionamiento del servicio otros parámetros de actuación, en suma, la posibilidad de que las circunstancias concurrentes hubieran acaecido de otra manera. En la pérdida de oportunidad hay, así pues, una cierta pérdida de una alternativa de tratamiento, pérdida que se asemeja en cierto modo al daño moral y que es el concepto indemnizable. En definitiva, es posible afirmar que la actuación médica privó al paciente de determinadas expectativas de curación, que deben ser indemnizadas, pero reduciendo el montante de la indemnización en razón de la probabilidad de que el daño se hubiera producido, igualmente, de haberse actuado diligentemente”.* (FD 7º).

Esta Comisión ha apreciado pérdida de oportunidad en supuestos en los que ha existido demora indebida en la asistencia médica dispensada, como ocurre en este caso, entre otros en los dictámenes: 131/18, de 15 de marzo, 499/18, de 22 de noviembre, 490/19, de 21 de noviembre, 79/20 de 27 de febrero y 491/20 de 27 de octubre y recientemente el 646/21 de 14 de diciembre.

En el caso que nos ocupa no puede afirmarse que haya quedado acreditado que la evolución de la paciente hubiera sido diferente de habérsela atendido más prontamente, ni siquiera si así se hubiera evitado el fallecimiento. No obstante, como recoge la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 1 de marzo de 2017: *“Aún sin tener certeza sobre la concreta influencia de tales circunstancias en el pronóstico vital de la paciente, lo cierto es que se le privó indebidamente de la posibilidad de sobrevivir, lo que hace surgir la responsabilidad patrimonial por pérdida de oportunidad, en que lo indemnizable no es el daño producido sino “la incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse seguido en el funcionamiento del servicio otros parámetros de actuación”.*

A mayor abundamiento, debemos recordar que el propio Auto judicial 137/2018, de 24 de enero de 2018, que sobreseyó el procedimiento penal, reconoció la existencia del retraso asistencial, indicando que atribuye *“esta demora a la existencia de un único equipo de cirugía vascular de guardia, no pudiendo atender a la paciente inmediatamente al encontrarse realizando otra operación urgente”* y en línea con lo que indicábamos en nuestro Dictamen 557/21, de 2 de noviembre, con independencia de las diferencias existentes entre la responsabilidad penal, la civil derivada del delito y la responsabilidad administrativa; atendería a la seguridad jurídica establecer en este procedimiento conclusiones esencialmente diferentes a las que hubiera llegado el juzgador penal.

Llegados a este punto, ha de procederse a la valoración del daño causado y, para estos casos, el Tribunal Supremo, entre otras en Sentencia de 3 de diciembre del 2012, recoge que: *“a la hora de efectuar la valoración del daño indemnizable, la jurisprudencia [...] ha optado por efectuar una valoración global que, a tenor de la Sentencia del Tribunal Supremo de 3 de enero de 1990, derive en una apreciación racional aunque no matemática”*.

Con independencia de la cuantía que solicita el reclamante - 90.000 euros -y dado que en la pérdida de oportunidad sólo se valora el daño moral ocasionado al interesado-; teniendo en cuenta la edad de la paciente y el alto grado de comorbilidad que presentaba, por razón de sus otras patologías y tomando como referencia la cuantía propuesta por el SERMAS, la indicación de que se estima en un 80% el porcentaje de la pérdida de oportunidad provocado y la valoración del daño conforme a la Ley 35/2015, de 22 de septiembre; esta Comisión Jurídica Asesora considera adecuada la cantidad indemnizatoria global de 40.000 euros, cantidad que debe considerarse ya actualizada.

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

CONCLUSIÓN

Procede estimar parcialmente la presente reclamación y reconocer al reclamante una indemnización global y actualizada de 40.000 euros.

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 24 de mayo de 2022

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 325/22

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid