

Dictamen nº: **476/19**

Consulta: **Consejero de Sanidad**

Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**

Aprobación: **14.11.19**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 14 de noviembre de 2019, 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 sanitaria promovido por D., en representación de Dña., (en adelante “*la paciente*”), al considerar que su lesión en el nervio pudendo se produjo por una incorrecta asistencia prestada durante el parto, en el Hospital Universitario Infanta Leonor, de Madrid.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 19 de julio de 2017 se presentó en el registro de la Consejería de Sanidad, la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por el representante y abogado de la paciente, en la que reclama por las lesiones y daños derivados del parto, llevado a cabo con fórceps acaecido el 27 de octubre de 2014 en el Hospital Infanta Leonor (“el hospital”). No cuantifica la indemnización solicitada, ni inicialmente ni con posterioridad.

El escrito relata la asistencia recibida por la paciente desde su ingreso el 26 de octubre de 2014 (por presentar dinámica de parto por una rotura prematura de membranas) en la semana 40 de gestación. Señala que el parto vaginal fue “*provocado*” el 27 de octubre y fue instrumentalizado mediante el empleo de fórceps durante la fase expulsiva del feto. Además, a la gestante se le practicó por parte del facultativo que le asistió una episiotomía. Refiere que como consecuencia ésta, “*presentó desde los primeros días del postoperatorio dolor en la zona vulvar y perianal, que cursaba mediante pinchazos de forma espontánea, y que en las revisiones ginecológicas posteriores, le manifestaron que con el tiempo desaparecerían*”. Sin embargo, relata que el dolor no le desapareció a la paciente sino que continuaba, “*sin que los servicios médicos le dieran una respuesta satisfactoria*”.

Indica que la paciente acudió a la revisión del 5 de agosto de 2016 realizada en el Servicio de Ginecología del hospital y después, fue nuevamente asistida por este servicio el 21 de septiembre de 2016 en que “*se refrendó la lesión por dolor vulvar en la zona de la episiorrafía, proponiéndole realizar un tratamiento mediante infiltraciones de Trigón en zona perianal*”. Señala que no se consiguió la curación mediante dicho tratamiento, “*continuando con los dolores incapacitantes que limitan gravemente su calidad de vida*”.

Por último, refiere que ha sido remitida al Servicio de Anestesia y Reanimación del citado hospital al objeto de tratar su dolor, siendo atendida desde el 9 de junio de 2017 y en cuya consulta “*han calificado de dolor neurótico, la lesión que presenta en su región perineal*”.

Finaliza indicando que la paciente está aún en tratamiento médico “*por lo que en el momento que los especialistas determinen la imposibilidad de mejora o estabilización de las lesiones causadas, por esta parte se procederá a su concreta y determinada cuantificación*”. Se acompaña a la

solicitud, el poder de representación y diversos informes médicos del propio hospital.

Mediante escrito de 28 de febrero de 2018, aporta telemáticamente nuevos documentos de la paciente (informes médicos del hospital).

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

La paciente, de 35 años de edad, tiene como antecedentes médicos relevantes, según la historia clínica de Atención Primaria, que sufrió hemorroides desde 2005.

1.- Con fecha 27 de octubre de 2014 la paciente fue atendida en el Hospital Infanta Leonor, por parto vaginal. Ingresó el día anterior, por haber presentado dinámica de parto y una rotura prematura de membranas en la semana 40 de gestación; a las 7h del día 27 se inició el parto espontáneo de forma adecuada pero en el transcurso del periodo expulsivo se objetivó alteración del registro cardiotocográfico, que junto a la presencia de líquido meconial, hizo que la matrona requiriera la presencia del obstetra de guardia, quien indicó riesgo de pérdida del bienestar fetal, procediendo a la extracción fetal inmediata, con anestesia epidural, mediante la aplicación de fórceps y realización de episiotomía complementaria. Nació un varón de 3 kg 340 gr. Consta el alta hospitalaria el día 29 de octubre; durante los dos días de estancia hospitalaria no consta en la historia clínica, dolor perineal.

A los 11 días del alta, la paciente acudió al Servicio de Urgencias, refiriendo "*dolor intenso en zona genital*" y según la exploración efectuada: "*episiorrafia de bordes bien afrontados. Reborde derecho más sobre elevado sin signos de infección. Vagina libre, no dolor a la presión a nivel de cara posterior vaginal. Resto libre*".

El 12 de diciembre de 2014, la paciente acudió al ginecólogo a su revisión: "*Episiotomía bien. Granoloma en cicatriz vaginal*". En la ecografía figura: "*útero y anexos normales, imagen mínima intracavitaria compatible con una pequeña cantidad de restos, que se controlará en la próxima visita*", citándole para el 30 de diciembre de 2014. En esta cita figura: "*Ecografía normal, analítica normal, control por su médico de atención primaria*".

2.- No existe después ninguna consulta hasta el 2 de diciembre del 2015, fecha en que la paciente refiere a su médico de Atención Primaria "*que sufre dolor perineal y dispareunia desde el parto*", por lo que le remitió a la consulta de Ginecología.

El 11 de enero de 2016, fue vista en dicha consulta. A la exploración se constató "*dolor en la episiorrafia al presionar sobre la misma*", y se indicó el tratamiento. El 5 de agosto de 2016, la paciente fue valorada por el ginecólogo del Centro de Especialidades, por "*dolor vulvar en la zona de la episiorrafia y del periné*", sin que se palpen o se vean lesiones, siendo remitida a consulta de Ginecología del hospital.

Con fecha 21 de septiembre de 2016 fue vista en aquélla, constatando el dolor selectivo en el lado medial de la episiorrafia y dispareunia, efectuándose tratamiento mediante infiltración de trigón 40 mg+lidocaína al 1 % en la cicatriz de la episiotomía, en la zona de retracción.

3.- El 23 de marzo de 2017, la paciente acudió nuevamente a consulta del Centro de Especialidades, refiriendo nula mejoría tras la infiltración realizada; objetivándose "*retracción de episiorrafia en introito, con una zona a tensión, que es la que resulta dolorosa a la presión*", derivándole a consulta hospitalaria. El 19 de abril de 2017, en la consulta se confirma "*un punto doloroso a nivel vaginal en el lado derecho, con descargas agudas (...) junto con dispareunia, y la presencia de retracción a nivel de la mucosa vaginal*".

Ante la falta de mejoría, se efectúo interconsulta a la Unidad del Dolor, diagnosticándole: “*dolor pélvico por posible Neuralgia del nervio pudendo*”. El 9 de junio de 2017, la paciente fue vista en la citada Unidad, en la que se le pautó tratamiento y desde entonces, ha continuado recibiendo atención, al menos hasta enero de 2018.

TERCERO.- Recibida la reclamación por el Servicio Madrileño de Salud, 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) y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP).

Se incorporó al expediente la historia clínica y, en cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 79 y 81.1 de la LPAC, se aportó también el informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del hospital de 30 de agosto de 2017, folios 148 y ss, en el que se precisa: en cuanto al dolor, que “*lo que consta en la anotación clínica es "dolor pélvico posible neuralgia del pudendo tras parto instrumentado y episiotomía" y no "neuralgia de nervios pudendos tras parto instrumentalizado y episiotomía*” como afirma el escrito de reclamación, pues para llegar a tal conclusión sería necesario efectuar estudios complementarios.

En cuanto al diagnóstico señala que “*es complejo y el tiempo medio para el diagnóstico de neuralgia del pudendo es de 4 años*”. Respecto a la pretendida relación de causalidad entre la episiotomía realizada y la posible afectación del nervio pudendo, el jefe de Servicio Ginecología y Obstetricia del hospital refiere: “*la lesión de los nervios pudendos puede ocurrir durante un parto normal sin episiotomía simplemente por compresión de la cabeza fetal o estiramiento del mismo en el descenso de esta. Por lo tanto, si existiera esta relación de causalidad entre el parto y la lesión, ésta sería en definitiva un riesgo inherente al parto*”. Pero puntualiza que “*la realización de la misma (episiotomía) era necesaria dada la necesidad de instrumentalizar el parto mediante la aplicación de fórceps para resolver de*

forma rápida la situación presentada de riesgo de pérdida del bienestar fetal".

Se aporta igualmente informe del Servicio de Anestesia, Reanimación y Tratamiento del Dolor de 4 de septiembre de 2017, donde se manifiesta que la paciente está siendo tratada en dicho servicio desde el 9 de junio de 2017, indicando respecto del diagnóstico "*que el diagnóstico de sospecha actual, es neuralgia de pudendo en relación a parto instrumentado hace tres años.* Pero precisa que "*no hay diagnóstico definitivo de lesión del nervio pudendo, solo de sospecha*". En cuanto a la relación de causalidad, "*no hay prueba causal definitiva entre la lesión y la episiotomía y/o parto instrumental. Que actualmente está en tratamiento sin conocimiento de respuesta al mismo hasta posteriores consultas evolutivas*". Y concluye "*que la paciente ha recibido la atención clínica adecuada sin haber concluido los estudios diagnósticos y las opciones terapéuticas*".

La Inspección Sanitaria, en informe de fecha 26 de abril de 2018 folios 201 y siguientes, tras analizar la reclamación y referir los hechos, explica que la "*neuralgia del nervio pudendo es una complicación poco frecuente, que se puede presentar tras un parto vaginal*". Incide en que "*el parto vaginal, en general, causa elongación excesiva y prolongada del nervio pudendo*" y que el dolor neuropático es perineal. Refiere que en el caso de la paciente, su sintomatología es típica. Señala que la lesión de los nervios pudendos pudo ser debida tanto a la episiotomía realizada como a la utilización de fórceps y concluye que la asistencia prestada fue adecuada y suficiente, según el actual conocimiento médico. Indica que se han seguido los pasos terapéuticos, aunque la evolución no ha sido satisfactoria.

Concluida la instrucción del procedimiento, se confirió trámite de audiencia a la reclamante, que no presentó escrito de alegaciones.

El 2 de julio de 2019 el viceconsejero de Sanidad formuló propuesta de resolución, desestimatoria de la reclamación, al considerar que no se

ha demostrado una mala praxis ni nexo causal entre la actuación facultativa y el daño reclamado.

CUARTO.- Por escrito del viceconsejero de Sanidad, de 1 de agosto de 2019 -con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, el día siguiente- se formuló preceptiva consulta a dicho órgano.

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente, registrada con el nº 378/19, a la letrada vocal Dña. Silvia Pérez Blanco, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 14 de noviembre de 2019.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo está acompañado de documentación -en soporte CD-, adecuadamente numerada y foliada, que se considera 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, de 28 de diciembre al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía indeterminada y por solicitud delegada 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, iniciado a instancia de parte, está regulado en la LPAC.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4 de la LPAC y el 32.1 de la LRJSP en cuanto sufre el daño que imputa a la actuación médica durante el parto en el referido hospital.

Actúa representada por un abogado y ha quedado debidamente acreditada dicha representación mediante la aportación de la escritura de poder.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid por ser la titular del servicio a cuyo funcionamiento se vincula el daño y estando integrado el Hospital Universitario Infanta Leonor en la red pública sanitaria de la Comunidad de Madrid.

El 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 (*ex artículo 67 LPAC*). En el presente caso, la reclamación ha sido interpuesta el 19 de julio de 2017 mientras que el origen de la misma es el parto acaecido el 27 de octubre de 2014. Ahora bien, el plazo para ejercer el derecho a reclamar no principia a contar hasta la fecha en que se estabilicen las secuelas. Por lo que, examinada la historia clínica, se observa que no es hasta el 19 de abril de 2017 cuando desde el Servicio de Ginecología se efectúo interconsulta a la Unidad del Dolor, “*diagnosticándole: dolor pélvico por posible Neuralgia del nervio pudendo*”. Por ello, establecido el diagnóstico en esa fecha, la reclamación estaría formulada en plazo.

No se observa ningún defecto en el procedimiento tramitado. Se ha recabado el informe del servicio al que se imputa el daño, de acuerdo con los artículos 79 y 81 de la LPAC, y consta también el informe de la Inspección Sanitaria.

Tras la incorporación de todo ello al expediente, se dio audiencia a la reclamante, de conformidad con el artículo 82 de la LPAC, que, no obstante, no presentó escrito de alegaciones.

Finalmente, se dictó la propuesta de resolución según lo exigido en el artículo 91 de la LPAC.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el art. 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 sus 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 económico 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 concreto, cuando se trata de daños derivados de la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público, en cuanto que el criterio de la actuación conforme a la *lex artis* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios.

Así, el Tribunal Supremo, en jurisprudencia reiterada en numerosas ocasiones (por todas, la Sentencia de la Sala de lo Contencioso Administrativo de 19 de mayo de 2015, RC 4397/2010) ha señalado 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, por lo que si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido ya que la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la*

falta de respuesta lógica y justificada de los resultados". En análogo sentido la sentencia de 15 de marzo de 2018 (recurso de casación 1016/2016).

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la *lex artis* y el resultado lesivo o dañoso producido, debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones, lo que no es el caso.

Finalmente, para evaluar la corrección de una concreta práctica médica hay que estar a la situación y síntomas del momento en que se realiza ésta. Ello se traduce en que se deben aplicar a los pacientes todos los medios disponibles para su diagnóstico y tratamiento. Esta obligación de medios debe entenderse ceñida al contexto del momento y las circunstancias en que se efectúa la asistencia, es decir, a los síntomas que presenta cada paciente y a las probabilidades, en función de los mismos, de que padezca una determinada patología. Al respecto, la Sentencia del Tribunal Supremo de 16 de marzo de 2016 (recurso de casación 2228/2014) destaca: "*La asistencia sanitaria es una obligación de medios y no de resultados, de modo que no puede apreciarse responsabilidad cuando se han empleado las técnicas y los instrumentos de que se dispone. Y es precisamente lo acaecido en este caso, en el que se han ido poniendo los medios adecuados, realizando pruebas diagnósticas, acordes con lo que sugerían, desde el punto de vista médico, las diferentes dolencias del recurrente*".

Tampoco puede cuestionarse la inadecuación del tratamiento, mediante una regresión a partir de la evolución posterior de la enfermedad del paciente. Así lo ha manifestado el Tribunal Superior de

Justicia de Madrid en Sentencia de 28 de marzo de 2016 (recurso 45/2014):

“No es correcto realizar una interpretación de lo acontecido conociendo el resultado final. La calificación de una praxis asistencial como buena o mala no debe realizarse por un juicio ex post, sino por un juicio ex ante, es decir, si con los datos disponibles en el momento en que se adopta una decisión sobre la diagnosis o tratamiento puede considerarse que tal decisión es adecuada a la clínica que presenta el paciente”.

CUARTA.- Para centrar la cuestión relativa a la supuesta infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales que atendieron a la paciente, debemos partir, en primer lugar, de si existe ese daño. Salta a la vista sin esfuerzo dialéctico, que éste se ha producido y que de hecho, la paciente todavía está siendo tratada en el hospital.

Procede ahora analizar si existe relación de causalidad entre la actuación del personal sanitario en el parto y los dolores que sufre la paciente. En concreto, dado que durante la fase de expulsión hubo de acudirse al empleo del fórceps y practicarse una episiotomía, ha de probarse la imputación de la reclamante de que los dolores perineales que sufre la paciente, son debidos a la episiotomía practicada. En este punto, hemos de acudir al informe de la Inspección Médica, que en su apartado V realiza el juicio crítico y en su punto 8.- refiere claramente que *“En el caso de la paciente, todo indica hay una relación de causalidad entre el parto y la Neuralgia del Pudendo, ya que no existían molestias previamente y la sintomatología típica y característica comenzó después de un parto vaginal, en el que se usó fórceps y se hizo una episiotomía”*.

Ahora bien, inmediatamente después matiza *“aunque no esté probada de forma inequívoca la lesión del nervio pudendo, ni esté definida su lesión a nivel concreto y específico”*. Y refiere como hipótesis: i) aunque en el parto vaginal no hubiera habido episiotomía ni uso de fórceps, igualmente

podía haberse ocasionado la lesión “*por compresión de la cabeza fetal sobre el Nervio, o estiramiento del mismo durante el descenso de la cabeza fetal*”; ii) “*la lesión de los nervios pudendos pudo ser debida a la episiotomía realizada...aunque ésta fue medio-lateral y hacia abajo, siendo difícil que se lesionase el Pudendo;* e iii) “*la lesión de los nervios pudendos también pudo ser debida a la utilización de fórceps en el parto vaginal, por compresión directa de los Nervios pélvicos, pero esto no se puede asegurar*”.

Así las cosas, la primera de las hipótesis planteadas supone que aunque no se hubiera realizado la episiotomía ni empleado el fórceps, también hubiera podido lesionarse el nervio pudendo, por lo que se trataría de un riesgo inherente al parto. En adición a ello, es lo cierto que tanto por el servicio afectado como por la Inspección Médica se afirma claramente que la episiotomía realizada (con intervención del obstetra de guardia a requerimiento de la matrona) era necesaria por el riesgo de pérdida de bienestar fetal y además, hubo que introducir el fórceps. Por tanto, sea o no causa de la lesión en el tan citado nervio pudendo, la práctica de la episiotomía y la utilización del fórceps, estos medios se definen como imprescindibles en relación con la vida y el bienestar del *nasciturus* en ese momento.

A continuación, lo que procede examinar es si el daño sufrido es o no antijurídico, es decir, si la atención y los medios prestados, no solo durante el parto, sino después para curar o mitigar el dolor, son adecuados y suficientes conforme a la situación y estado de la paciente.

En este punto, el informe del Servicio de Anestesiología, Reanimación y Unidad del Dolor que es donde la paciente fue derivada y sigue siendo atendida es claro: tratamiento en bloque y radiofrecuencia del nervio pudendo derecho. Pero manifiesta que “*en caso de fracaso de este tratamiento, quedan abiertas nuevas opciones terapéuticas*”. En su conclusión, refiere que la paciente ha recibido la atención clínica adecuada e indica que ésta no ha concluido.

A mayor abundamiento, la Inspección refiere “*que la Neuralgia del Pudendo es una posible, aunque rara, complicación del parto vaginal, máxime si hay que utilizar instrumental para la extracción fetal, junto con episiotomía*”. Y concluye por una parte que, la atención médica prestada a la paciente ha sido adecuada y suficiente, y por otra, que “*no sabemos la evolución definitiva y las secuelas, ya que aún no están agotados los procedimientos diagnósticos y terapéuticos*”.

Por todo ello, entendemos razonablemente que el daño producido a causa de la asistencia sanitaria prestada no es antijurídico. Fue un riesgo posible e inherente al parto, aunque se actúe conforme a la *lex artis*, como en este caso.

Para finalizar y dado que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación y en este caso, no se acompaña informe pericial alguno, procede estar a la conclusión de la Inspección de que la atención a la paciente ha sido conforme a la *lex artis*. Conclusión a la que debemos atenernos dado que el informe de la Inspección Sanitaria obedece a criterios de imparcialidad, objetividad y profesionalidad, como ha puesto de manifiesto el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en multitud de sentencias, entre ellas la de 22 de junio de 2017 (recurso 1405/2012): “*...sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis, puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del médico inspector, y de la coherencia y motivación de su informe*”.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no ser antijurídico el daño producido a la paciente.

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 14 de noviembre de 2019

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 476/19

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid