

Dictamen nº: **533/20**

Consulta: **Consejero de Sanidad**

Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**

Aprobación: **24.11.20**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 24 de noviembre de 2020, 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 Dña. ...., por los daños sufridos como consecuencia de la colocación de un dispositivo anticonceptivo Essure en el Hospital Universitario de Móstoles.

#### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Por escrito presentado en el registro electrónico del Ministerio de Hacienda y Función Pública el día 18 de marzo de 2019, el abogado de la persona citada en el encabezamiento formula reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como consecuencia de la colocación de un dispositivo anticonceptivo Essure en el Hospital Universitario de Móstoles (folios 1 a 44 del expediente administrativo).

El escrito refiere que la reclamante, de 33 años de edad en el momento de los hechos y sin antecedentes personales de relevancia, tras la recomendación del método Essure por los facultativos del

SERMAS, fue intervenida de modo programado en el Hospital Universitario de Móstoles de la Comunidad de Madrid, para la implantación del dispositivo ESSURE en fecha 6 de septiembre de 2012. Refiere la reclamante que tras el implante ha padecido sangrado excesivo, dolor pélvico, problemas estomacales, gastritis, infecciones de orina y cándida, caída y problemas en el cabello, vértigos, mareos, y desarreglos hormonales, entre otros, de ahí sus constantes visitas médicas.

Manifiesta que en el informe de Ginecología del Hospital Universitario Rey Juan Carlos de fecha 22 de abril de 2013 se especifica literalmente: “*8 de marzo de 2013: acude por sangrados intermenstruales. Portadora de ESSURE. DIU Mirena hasta septiembre, las irregularidades menstruales comenzaron al retirarlo*”.

De igual modo, refiere que en informe del mismo servicio de fecha 22 de abril de 2013, se especifica que “*la paciente no acudió a Urgencias el día 19 de marzo de 2013. No le han podido realizar Histerosalpingografía por imposibilidad de localización de cérvix. Quedamos en realizar ecografía el 22 de abril a las 17.15 horas*”. Alude la reclamante a otro informe del hospital de 22 de abril de 2013, donde se señala que “*dado que ambos tienen localización intratubárico se asume que la impermeabilidad de la trompas pro fibrosis desde ser la correcta (sic). No puede confirmarse a la paciente con absoluta seguridad dado que no es demostrable por histerosalpingografía... Quedo pendiente de consultar a Especialista ESSURE para valorar su opinión en cuanto a petición de histerosalpingografía*”.

Transcribe la reclamación otro informe de 18 de mayo de 2016, del siguiente tenor: “*NOTA: comenté el caso con representante de ESSURE, para valorar causas de posible rotura de dispositivo, parece que es bastante poco probable que el dispositivo se haya roto espontáneamente. Desconocemos si existieron problemas en su colocación dado que la*

*inserción se hizo en otro centro. Decidimos que lo lógico es asegurar la correcta oclusión de ambas trompas con histerosalpingografía y así se lo comunica a la paciente. Quedamos en que acudirá a su hospital de referencia (Hospital Universitario de Móstoles) para recoger informe y recaudar información sobre inserción, acudirá a Urgencias el día 19 de marzo por la tarde para aportarlo. Ese día se le solicitará histerosalpingografía”.*

Según la reclamante, ingresó en el Hospital HM Montepríncipe para la retirada de los dispositivos Essure, de modo que se le realizó una salpingectomía bilateral por laparoscopia, con bipolar y tijera, sin incidencias, con extracción de ambos Essures junto con las trompas, en una intervención programada en fecha 21 de marzo de 2018.

Refiere el escrito que el 12 de abril de 2018, en conclusiones de informe se manifiesta que “*motivo de la exploración: Paciente intervenida para retirar ESSURE. Expulsión previa de fragmento...No se identifican cuerpos extraños radiopacos en la exploración realizada. No evidencia de líquido libre ni colecciones en paciente con antecedente reciente de salpingectomía bilateral, si hallazgos sugestivos de complicación postquirúrgica...Llama la atención un importante aumento de la línea endometrial en cérvix/retención de secreciones (17mm), hallazgo que debe ser correlacionado con antecedentes y exploraciones ginecológicas recientes, mal valorado mediante esta técnica de imagen*”.

Relata la reclamante que en fecha 5 de abril de 2018, se hace constar en informe de resultados del HM Montepríncipe: “*Descripción macroscópica: “1 y 2. Dos trompas de Falopio completas que miden 7x1 y 6x1 cm. Presentan superficie lisa grisácea, no observándose alteraciones microscópicas al corte”.*

Según el escrito, las dolencias que sufría la paciente acabaron limitando e impidiendo su actividad laboral, afirmando que ella misma

solicitó en el Hospital Universitario de Móstoles la historia clínica en dos ocasiones y en ambas le ha sido entregada incompleta.

Concluye que, desde la implantación de los dispositivos Essure, ha visto completamente afectadas todas las facetas de su vida diaria a consecuencia de los daños, circunstancia que acarrea inevitablemente un inmenso sufrimiento emocional. Refiere que, además, a consecuencia del dispositivo, tuvo que someterse a la “*extracción-mutilación-*” de parte del sistema reproductor femenino. Asimismo, las dolencias que sufre, afirma, acabaron limitando e impidiendo su actividad laboral.

Por otro lado, alega que se produjo una ausencia de información y de consentimiento informado durante todo el proceso asistencial en los términos legal y constitucionalmente aceptados, pues la paciente no ha recibido la información que le debiera ser suministrada en términos comprensibles sobre las actuaciones médicas y quirúrgicas que así lo requiriesen de modo que, según manifiesta, ha habido un daño y no fue informada de ningún riesgo sobre ningún extremo que afectase a su salud sino que, verbalmente, se le comunicó que el Essure “*era un método infalible y sin “ningún” efecto negativo en la salud de la mujer*”.

En definitiva, según la reclamante, se produjo un déficit asistencial, pues tampoco hubo consentimiento informado para ninguna de las actuaciones sanitarias realizadas tanto para la implantación del dispositivo Essure como para la “*explantación del mismo*” (sic), hubo un daño desproporcionado al tenerse que someter la paciente a una intervención posterior y un daño derivado del producto defectuoso que utilizan los servicios públicos de salud

El representante legal de la reclamante aporta diversa documentación clínica y afirma que los daños y perjuicios causados no se pueden determinar en su total magnitud en el momento de interponer la reclamación, si bien se puede realizar una estimación orientativa de los mismos en una cifra no inferior a 100.000 euros, todo ello sin

perjuicio de su posterior modificación una vez que se reciba la totalidad de la historia clínica que ahora reclama. Igualmente, solicita que el Servicio Madrileño de Salud muestre certificación acreditativa de que la retirada de los dispositivos ha sido completa, así como la formación del médico que ha llevado a cabo tal retirada.

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

El 6 de abril de 2011 la paciente, nacida en 1979, acude a consulta de Ginecología del Centro de Especialidades Coronel de Palma por hipermenorrea. Como antecedentes se hacen constar un hipotiroidismo subclínico, intervención de ganglion de mano derecha e implantes mamarios. Se solicita una ecografía y se realiza una citología con resultado ASCUS (atipia de células escamosas de significado indeterminado).

El 28 de mayo de 2011, en el Hospital Universitario de Móstoles, se realiza colposcopia con imagen que requiere biopsia con resultado de SILBG (lesión intraepitelial de bajo grado). El 31 de mayo de 2011 se inserta DIU Mirena como tratamiento de la hipermenorrea.

El 1 de noviembre de 2011 se realiza a la paciente nueva citología con resultado SILBG (lesión intraepitelial de bajo grado).

El 1 de mayo de 2012 se realiza nueva citología con resultado lesión intraepitelial de bajo grado y toma HPV +16,31,39.

El 14 de junio de 2012, en colposcopia realizada en el citado Hospital Universitario de Móstoles, se visualiza epitelio blanco en su labio anterior y se biopsia con resultado de lesión intraepitelial de alto grado.

El 23 de julio de 2012 se realiza conización de cérvix con resultado anatomopatológico CIN II (neoplasia cervical intraepitelial) con un margen mínimamente afecto por CIN I y borde endocervical libre.

El 6 de septiembre de 2012, en el Hospital Universitario de Móstoles y previa firma del consentimiento informado por la paciente, se inserta Essure bilateral vía histeroscópica sin incidencias, previa retirada del dispositivo intrauterino intracavitario, solicitándose ecografía de control a los 3 meses.

El 6 de noviembre de 2012 se lleva a cabo en consulta de Ginecología del Hospital Universitario de Móstoles última citología cervical, que objetiva de nuevo atipia de células escamosas de significado indeterminado.

El 3 de diciembre de 2012 la reclamante acude a consulta de Reumatología del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, remitida desde Atención Primaria por tendinitis de hombro. Presenta dolor en muñeca derecha de características mecánicas desde hace años; hace 7 meses aproximadamente además comenzó con dolor en hombro derecho sin traumatismo previo, irradiado hasta el codo derecho sin signos inflamatorios. Presenta también dolor en región cervical de ritmo mecánico. Como antecedente de interés refiere estar diagnosticada de Raynaud hace 10 años por el médico de Atención Primaria. Desde hace aproximadamente un mes refiere "*hormigueo*" e hipoestesia en labio superior. Astenia intensa, mal descanso nocturno. El juicio clínico es de cervicobraquialgia derecha. La paciente es remitida a Neurología para valoración.

Se solicita electromiología de miembros superiores y analítica. El doctor firma y entrega el consentimiento informado a la paciente para que lo lea y firme.

El 4 de diciembre de 2012, la reclamante acude a consulta del Servicio de Neurología del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, remitida por parestesias peribucales. Refiere también episodios de pérdida de conocimiento sin pródromos de menos de 1 minuto de duración, en alguna ocasión con movimientos anormales durante el episodio con recuperación completa posterior sin confusión. Sin pérdida del control de esfinteres ni mordedura de lengua ni otros síntomas asociados. La paciente comenta que le realizaron un electroencefalograma en el Hospital Universitario Puerta de Hierro que fue normal (más de 10 años antes). El juicio clínico es de parestesias peribucales. Síncopes de repetición. Como plan se solicita resonancia magnética del cerebro y electroencefalograma.

El 8 de enero de 2013, la paciente acude a consulta del Servicio de Ginecología del Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Constan en la historia clínica como antecedentes personales: Síndrome de Raynaud. Virus del papiloma humano. Cirugías anteriores: Conización cervical. Prótesis mamarias. Hiperhidrosis. Valorada por Nefrología por episodios ocasionales de glucosuria e hiperfiltración: probable tubulopatía. Crisis renoureteral de calcio previa. Essure septiembre 2012. Ecografía con Essures in situ en diciembre 2012. Última citología: noviembre 2012. Plan: Se hace constar en la historia clínica que la paciente es remitida a cita por patología cervical. La paciente refiere mastalgia premenstrual. Se solicita ecografía de mama.

El 18 de enero de 2013 acude de nuevo a consulta de Ginecología del Hospital Universitario Rey Juan Carlos para valoración. Colposcopia: inadecuada (cérvix cicatrizal). Tras acético no se objetivan cambios. Sin signos de infiltración, sin otros hallazgos patológicos. Test de Schiller negativo. Se recomienda empleo de preservativo y vacunación frente al virus del papiloma humano. Se cita en mayo para nueva cito-colposcopia.

El 6 de mayo de 2013, se le realiza electroencefalograma exento de anomalías significativas. El 7 de marzo de 2013, en consulta de Neurología del citado hospital, se realiza electromiografía que objetiva que el estudio neurofisiológico realizado del miembro superior derecho es compatible con la normalidad. No se evidencian en la actualidad hallazgos sugestivos de neuropatía por atrapamiento del nervio mediano derecho en el túnel del carpo y/o de lesión radicular cervical en los territorios musculares examinados.

El 8 de marzo de 2013 acude a consulta de Ginecología por sangrados intermenstruales. Se objetiva porción proximal de Essure en vagina (5 anillas). Cervix amputado, sin relieve en vagina. Eco TV: útero en av, regular; HTM 60mm, endometrio 5mm, con mínimo hematometra. ESSURES: izquierdo, normoinserto; derecho: se objetiva normoinserto, pero acortado en comparación con el contralateral sin visualizarse en la porción intramiometrial de la trompa. Anejos normales. Sin líquido libre.

Se hace constar en la historia clínica la siguiente nota: *“Quedo pendiente de consultar a especialista Essure para valorar su opinión en cuanto a petición de histerosalpingografía. Avisaré telefónicamente con resultados. Todas las RRSS con preservativo. Doy cita en mayo en patología cervical. \*\*NOTA: comento el caso con representante de Essure, para valorar causas de posible rotura de dispositivo, parece que es bastante poco probable que el dispositivo se haya roto espontáneamente. Desconocemos si existieron problemas en su colocación dado que la inserción se hizo en otro centro. Decidimos que lo lógico es asegurar la correcta oclusión de ambas trompas con histerosalpingografía y así se lo comunico a la paciente. Quedamos en que acudirá a su hospital de referencia (Hospital Universitario de Móstoles) para recoger informe y recaudar información sobre inserción, acudirá a Urgencias el día 19 de marzo por la tarde para aportarlo. Ese día se le solicitará histerosalpingografía (HSG)”.*

Según consta en nota incorporada a la historia clínica el 1 de abril de 2013, la paciente acudió a Urgencias el día 19 de marzo de 2013. No se le pudo realizar histerosalpingografía por imposibilidad de localización de cérvix. Se cita a la paciente para ecografía 3D el 22 de abril a las 17:15 horas.

El 1 de abril de 2013, en consulta de Reumatología del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, la paciente se encuentra totalmente asintomática desde que ha dejado de hacer deportes tipo paddle. Juicio clínico: cervicobraquialgia derecha mecánica resuelta. Fenómeno de Raynaud sin datos de conectivopatía en el momento actual. Tratamiento: protegerse las manos del frío. No fumar. Si aparece el dolor, se prescribe Paracetamol 1g 1c cada 8h. Se da el alta con control por médico de Atención Primaria.

El 18 de abril de 2013 acude a consulta de Neurología en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Se encuentra bien, asintomática, le sucede cuando está nerviosa. Sin síncope. Pruebas complementarias: la resonancia magnética objetiva alguna lesión inespecífica de sustancia blanca puntiformes. El electroencefalograma con privación de sueño es normal. La analítica con estudio de autoinmunidad sin alteraciones. Juicio clínico: parestesias peribucales. Síncope de probable etiología neuromediada. Plan: alta y control por médico de Atención Primaria. Si apareciera nueva sintomatología, se aconseja remitir de nuevo.

El 22 de abril de 2013 se le realiza en Ginecología ecografía 3D para visualización de Essures. Fecha de última regla el 10 de abril de 2013. En la exploración física, no se visualizan lesiones a nivel cervical a palpación útero amputado. La ecografía 2D objetiva útero en anteversión, regular; HTM 60mm, endometrio 3 mm. ESSURES: izquierdo, normoinserto; derecho: se objetiva normoinserto, pero

acortado en comparación con el contralateral sin visualizarse en la porción intramiometrial de la trompa. Anejos normales. Sin líquido libre.

La ecografía 3D objetiva, en corte coronal, ambos Essures intratubáricos. Essure izquierdo: porción proximal en contacto con cavidad endometrial, longitud normal, se visualiza normoinserto a lo largo de toda la porción tubárica intramiometrial. Essure derecho: acortado de longitud, localización aparentemente normal intratubárica con morfología habitual aunque acortada. No resulta visible en los 5 mm proximales de la porción tubárica intramiometrial.

Dado que ambos tienen localización intratubárica se asume que la impermeabilidad de las trompas por fibrosis debe ser la correcta. No puede confirmarse a la paciente con absoluta seguridad dado que no es demostrable por histerosalpingografía. Se le explica y entiende la información. Continuará los controles en patología cervical.

El 14 de mayo de 2013 acude a revisión de Ginecología en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Se toma citología y virus del papiloma humano. La colposcopia se reputa inadecuada. Amputación cervical, cambios cicatriciales. Sin alteraciones patológicas tras administración de acético. Test Schiller negativo. Plan: cita en 4-5 días para resultados citología y tipificación VPH.

El 13 de junio de 2013 acude a Urgencias del Hospital Universitario Rey Juan Carlos por dolor en fosa renal. Juicio diagnóstico: cólico renoureteral no complicado.

El 18 de junio de 2013, la paciente acude a recoger resultados de la citología: sin células endocervicales. Negativa. Virus del papiloma humano negativo. Se repite citología y se cita en 6 meses. El resultado de la actual citología se le enviará por correo. Se hace constar que si la citología revelase patología será avisada antes. El 20 de diciembre de 2013 acude a control. Ha completado vacunación. Se hace constar que

tras último control en mayo de 2013 todo negativo, se realizará citología anual durante 2 años y posteriormente, si el resultado es negativo, pasará a cribado poblacional.

El 4 de noviembre de 2013 acude a consulta de Endocrinología del Hospital Universitario Rey Juan Carlos por hiperprolactinemia. Metorragias de repetición tras conización y retirada del DIU (en seguimiento por Ginecología). Sin galactorrea ni cefalea. Sin disminución de la libido. En la exploración física no se aprecia galactorrea con la presión. El juicio clínico es de hiperprolactinemia a estudio. Sin sintomatología asociada. Se solicita estudio hormonal. Acude de nuevo a consulta el 17 de diciembre de 2013 con la analítica completa. Se ha realizado correctamente la extracción de prolactina en sangre, que es normal. El juicio clínico descarta hiperprolactinemia. Plan: alta.

El 14 de noviembre de 2013 la reclamante acude a consulta de Nefrología en el mismo hospital remitida desde su médico de Atención Primaria por glucosuria y creatinina elevada en orina. Refiere glucosuria en la adolescencia por lo que fue al nefrólogo y se le diagnosticó de tubulopatía. Refiere que da la cara en las tiras de orina de forma ocasional. Sin orinas espumosas ni color oscuro. Infecciones urinarias puntuales pero sobre todo candidiasis. Refiere edemas vespertino perimaleolares. Sin nicturia. CRU expulsivos durante el embarazo (litiasis cárnicas). Sin antecedentes renales de enfermedad renal. El juicio clínico es de episodios ocasionales de glucosuria e hiperfiltración: probable tubulopatía. CRU de calcio previos. Se solicita orina de 24 horas con eliminaciones y proteinuria así como sistemático y sedimento. Radiografía de abdomen y ecografía renal.

De nuevo en consulta de Nefrología el 27 de diciembre de 2013, el estudio ecográfico renal-vesical no revela hallazgos significativos. Juicio clínico: episodios ocasionales de glucosuria e hiperfiltración: probable

tubulopatía. CRU de calcio previos. Plan: Revisiones anuales con control de factores de riesgo cardiovascular.

El 23 de junio de 2015 acude a Urgencias del Hospital Universitario Rey Juan Carlos por sangrado vaginal anómalo. El juicio diagnóstico descarta patología ginecológica urgente. El 20 de agosto de 2015 regresa a Urgencias por dolor abdominal. El juicio diagnóstico es de probable gastritis. De nuevo en Urgencias el 11 de noviembre de 2015 por dolor en fosa renal. Juicio diagnóstico: cólico renoureteral derecho con buen control del dolor y función renal normal. Infección del tracto urinario asociada. Sigue alta voluntaria.

El 16 de diciembre de 2015 acude a Ginecología para realizarse citología por antecedentes ASCUS. Postiores controles negativos. Refiere spotting intermenstrual. La fecha de última regla es el 4 de diciembre de 2015. Se realiza citología. En la ecografía se aprecia útero en anteroversoflexión regular. Ovarios normales sin líquido libre. Se cita a la paciente de manera no presencial para resultados de la citología. Se explica a la paciente que caso de ser normales los resultados no es preciso realizar controles en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos, sino cada 3 años a través de matrona en el centro de Atención Primaria.

El 25 de enero de 2016, en consulta de Traumatología, se aprecia gonalgia bilateral. Dolor de ritmo f-p. Cadera libres. Criterios de hiperlaxitud. El 5º dedo de la mano derecha (diestra) con deformidad cuello de cisne limitante. Plan: potenciación de vasto interno (bicicleta estática con sillín elevado), radiografía de mano y rodillas y revisión en 3 meses. De nuevo en consulta el 25 de abril, la radiografía de rodillas es correcta. Se recomiendan ejercicios de fortalecimiento cuadricipital. La radiografía de dedo es correcta. Se explica cirugía para corregir cuello de cisne (artroplastia con hemitendón FDS5). La paciente decide pensárselo.

El 7 de abril de 2016 acude al Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Universitario Rey Juan Carlos remitida por el médico de Atención Primaria por anemia ferropénica, detectada en análisis realizados en febrero de 2016 por síntomas de reflujo gastroesofágico y epigastralgia de meses de evolución y un vómito dudosamente hemático. El diagnóstico es de anemia ferropénica. Imagen de gastritis en EDA. Tratamiento: Omeprazol 20 mg/día antes del desayuno. Fisiogen ferro forte 1/día.

El 9 de mayo de 2016, de nuevo en consulta de Digestivo, el diagnóstico es de anemia ferropénica que responde a hierro oral, imagen de gastritis en EDA (gastritis crónica activa asociada a Helicobácter Pylori). Biopsias de duodenal: sin atrofia, con linfocitosis intraepitelial 25 %) Marsh I. Marcadores serológico celíaca negativos. Se pauta como tratamiento Fisiogen forte 1 al día durante 2 meses.

El 18 de mayo de 2016 acude a consulta de Ginecología del Hospital Universitario Rey Juan Carlos por referir unos 5 episodios de candidiasis en los últimos 4 meses, que ha tratado con antifúngicos, asociando dos episodios de infección del tracto urinario que trató con antibiótico. Además, refiere tratamiento antibiótico frente a Helicobácter Pylori recientemente. Galactorrea bilateral desde hace un mes, refiere hiperprolactinemia, citada con endocrino. Mastalgia izquierda. Mamas normosómicas, simétricas. Sin alteraciones en la piel. No se palpan nódulos. Escasa secreción blanquecina a la expresión vigorosa de ambos pezones. Axilas libres. El diagnóstico es de galactorrea y mastalgia izquierda. Se solicita ecografía de mama y se cita para resultados. Se prescribe Prebiotic Cumlaude, 1 óvulo/24 h durante 10 días después de cada regla, durante 3-4 meses. Indicaciones: seguimiento.

El 7 de junio de 2016 acude a consulta de Endocrinología, citada nuevamente por hiperprolactinemia. Desde hace unos meses refiere galactorrea a la expresión. Reglas regulares hasta hace 2 meses (ciclos

cortos, tendencia a la polimenorrea). Refiere desde último ciclo retraso de unos 50 días. Sin otra sintomatología asociada. Sin tratamiento actualmente. Hace un mes estuvo en tratamiento erradicador de *Helicobácter pylori*. Analítica (de otra área, la trae en mano): prolactina 40,89 ng/ml. En la exploración física, se objetiva galactorrea a la expresión. Sin bocio. Se hace constar que, de momento, no precisa realización de resonancia magnética hipofisaria hasta ver resultados. Se solicita prolactina en sangre y resto de estudio de hiperprolactinemia. El 28 de junio de 2016, de nuevo en consulta, se diagnostica galactorrea pluorificial. Se descarta hiperprolactinemia. Amenorrea a estudio. Tratamiento y recomendaciones: se solicita estudio hormonal en fase folicular del ciclo y se cita con resultados.

El 13 de junio de 2016, la reclamante acude a Urgencias por dolor abdominal. Juicio diagnóstico: probable gastritis aguda.

El 26 de julio de 2016, en consulta de Digestivo, refiere buen estado general. DQ2/DQ8 negativo ambos. Mejoría sintomática. Test del aliento negativo. Revisión con analítica en 6 meses para control de la anemia. Se reitera el diagnóstico de anemia ferropénica que responde a hierro oral e imagen de gastritis en EDA, con marcadores serológico celiaca negativos. Tratamiento: Por el momento no precisa.

En cuanto a la historia clínica del Servicio de Ginecología del Hospital HM Montepríncipe, consta que el 20 de marzo de 2018 ingresa para intervención programada: salpingectomía bilateral por laparoscopia en paciente de 39 años portadora de ESSURE desde hace 6 años, con dolor, cefaleas y expulsión de un trazo del dispositivo. Acude para retirar Essure. El juicio diagnóstico es de salpingectomía bilateral.

**TERCERO.-** Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del procedimiento de responsabilidad patrimonial de acuerdo con la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81 LPAC, se ha incorporado al expediente un informe, de fecha 21 de mayo de 2019, de la jefa del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de Móstoles (folio 20) que relata la asistencia prestada a la paciente y refiere que:

*“PRIMERO: Efectivamente, en la consulta de Histeroscopia del Hospital Universitario de Móstoles con fecha 6 de septiembre de 2012 se procedió a la colocación de dos dispositivos Essures tras la retirada del DIU que llevaba la paciente, sin incidencias y previa firma del consentimiento informado, cuya copia se adjunta en esta contestación.*

*Se le pide una eco en tres meses y se la cita para volver a consulta, sin acudir a la cita.*

*SEGUNDO: Tras su colocación, la paciente acude a consulta en Coronel de Palma el 6 de noviembre de 2012 para control de colposcopia y citología y no figura que presentara molestias por el Essure ni ninguna clínica a la que se hace referencia, no volviendo a acudir a sus revisiones en este hospital.*

*En relación al apartado quinto, informar que fue la paciente la que decidió colocarse los dispositivos Essures y que firmó el correspondiente consentimiento informado como ya he dicho.*

*Sobre el punto sexto confirmar que sí hubo firma de consentimiento para la colocación de los dispositivos por lo que no se produjo ningún déficit asistencial”.*

Solicitado informe a la Inspección Sanitaria, se remite con fecha 31 de marzo de 2020. La inspectora médica señala que “durante los últimos años se han informado casos de efectos adversos por el implante de

*Essure, incluyendo: Perforación, expulsión, migración o mala colocación del implante. Dolor pélvico, articular o lumbar, inflamación abdominal, hemorragias, cambios en el ciclo menstrual, cefaleas, alopecia. Náuseas, astenia y cambios del estado de ánimo (depresión). Reacción alérgica a los componentes de los implantes (urticaria, picores). Sin embargo, algunos de los motivos de la reclamación eran previos a la colocación del implante ESSURE y otros motivos podrían no estar relacionados directamente con el implante..." como pasa a explicar a continuación y analizaremos posteriormente, concluyendo el informe que "las actuaciones efectuadas por esta Inspectora Médico permiten concluir que la asistencia sanitaria prestada a Dª. ... por el Servicio de Ginecología del Hospital Universitario de Móstoles ha sido correcta de acuerdo a la "lex artis".*

Tras la incorporación al procedimiento del anterior informe y de la historia clínica reclamada por la interesada, se ha evacuado el oportuno trámite de audiencia, notificado a Bayer Hispania, como fabricante del dispositivo, el 15 de junio de 2020, y a la reclamante el día 22 de junio de 2020.

La representación legal de la reclamante presenta escrito de 13 de julio de 2020, reiterando el contenido de su reclamación y la ausencia de información padecida por su representada, e impugnando expresamente el informe de la jefa de Servicio de Ginecología y Obstetricia y de la Inspección sanitaria obrantes en el expediente administrativo pues, según afirma, no consta acreditado que la paciente recibiese ninguna charla informativa sobre el método anticonceptivo Essure ni el contenido de la misma y no figura unida al expediente administrativo ninguna información al respecto.

Además, manifiesta que, respecto a la imposibilidad de establecer una relación causa efecto entre las patologías que la paciente padece y la colocación y retirada del dispositivo Essure, lo cierto es que de lo

dispuesto en la historia clínica el nexo causal está plenamente acreditado. Por último, reclama que se complete el expediente administrativo con los siguientes documentos: la ficha técnica de cada uno de los dos Essures implantados, en la cual figura el modelo, fabricante, la marca, serie y lote de fabricación de los mismos; la identificación del o los ginecólogo/s histeroscopista/s que le han colocado los Essures y la acreditación de que están capacitados para ello; los propios dispositivos extraídos o, en su defecto, que por el Servicio Madrileño de Salud, a través del jefe del Servicio de Ginecología del hospital, se indique su destino y se informe sobre la cadena de custodia una vez extraídos, así como sobre los facultativos que llevaron a cabo la extracción. Por último, solicita la personación de Bayer Hispania, S. L. como fabricante, y que se acredite la trazabilidad del dispositivo.

Con fecha 12 de octubre de 2020, el viceconsejero de Asistencia Sanitaria dicta propuesta de resolución por la que desestima la reclamación al considerar que no concurren los presupuestos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración. De igual modo, en la misma resolución, declara que no se considera necesaria la incorporación de los documentos que solicita la parte interesada, al versar sobre información clínica que consta ya en el expediente y que ha podido ser valorada por la Inspección Sanitaria sin que haya entendido preciso ampliar ningún extremo. Con respecto a la solicitud de documentación a la entidad Bayer Hispania, la resolución estima que se trata de una petición en el marco de una reclamación en materia de consumidores y usuarios ajena a las competencias de esta Administración.

**CUARTO.-** Por escrito del consejero de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 6 de noviembre de 2020 se formuló preceptiva consulta a este órgano.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 525/20, al letrado vocal Don Francisco Javier Izquierdo Fabre, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 24 de noviembre de 2020.

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, de 28 de diciembre, al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a quince mil 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, iniciado a instancia de interesada, según consta en los antecedentes, se regula en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas según establece su artículo 1.1.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al haber recibido la atención sanitaria objeto de reproche.

La legitimación pasiva corresponde, en principio, a la Comunidad de Madrid, ya que el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado en un centro sanitario público de su red asistencial, el Hospital Universitario de Móstoles, donde se llevó a cabo la implantación del dispositivo Essure. No obstante, la reclamación reprocha también la intervención posterior llevada a cabo para la extracción del dispositivo, una salpingectomía bilateral por laparoscopia practicada en el hospital HM Montepríncipe, centro privado, llegando incluso a exigir la reclamante en su escrito inicial y reiterándolo posteriormente en el trámite de alegaciones, que se acredite e informe sobre la capacitación y formación de los facultativos de este último centro para la extracción del dispositivo, sobre el consentimiento informado para la intervención o la cadena de custodia del dispositivo una vez extraído. En consecuencia, corresponde al centro privado responder en relación con tales extremos, de modo que la Comunidad de Madrid carece de legitimación pasiva con respecto a tales actuaciones objeto de reproche.

Por último y en lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.2 LPAC el derecho a reclamar la responsabilidad patrimonial de la Administración prescribe al año de manifestarse el efecto lesivo y de que se haya determinado el alcance de las secuelas.

En el presente caso, efectuada la retirada del dispositivo Essure por salpingectomía en un centro privado el 20 de marzo de 2018 y considerando, como ya hemos señalado, que solo cabe analizar el reproche de la reclamante en los aspectos relativos a la implantación del citado dispositivo y su posterior seguimiento en la red sanitaria pública,

cabría cuestionarse si el cómputo del citado plazo debiera comenzar desde la última atención dispensada a la reclamante en la sanidad pública en relación con el objeto de la reclamación, supuesto en el cual la reclamación, presentada el 18 de marzo de 2019, habría sido formulada fuera de plazo. No obstante, tomando en consideración la naturaleza de los supuestos daños que la implantación del citado dispositivo origina, y siguiendo en este punto la doctrina emanada de la Sentencia del Tribunal Supremo de 22 de marzo de 2005, según la cual “... a diferencia de lo que acontece con los daños permanentes, entendiendo como tales daños aquellos que se agotan en el momento en que se produce el acto generador de los mismos, permaneciendo inalterable y estable en el tiempo el resultado lesivo, en los que el plazo empieza a computarse en el momento en que se produce la actuación o el hecho dañoso, en los daños continuados, es decir aquellos en que el daño se agrava día a día de manera prolongada en el tiempo sin solución de continuidad, el plazo de prescripción de la acción de responsabilidad no empieza a computarse, hasta que se agoten los efectos lesivos..”, cabría entender que estamos ante un daño continuado cuyo efecto termina con la retirada del supuesto agente causante, el dispositivo Essure, el 20 de marzo de 2018. En consecuencia, la reclamación habría sido formulada en plazo.

El procedimiento seguido no adolece de ningún defecto de anulabilidad o nulidad, por cuanto se han llevado a cabo todas las actuaciones necesarias para alcanzar adecuadamente la finalidad procedural y, así, se ha solicitado el informe preceptivo previsto en el artículo 81.1 LPAC, esto es, al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de Móstoles. También consta haberse solicitado informe a la Inspección Sanitaria y se ha incorporado al procedimiento la historia clínica, tras lo cual se dado audiencia a la interesada, realizando la reclamante sus correspondientes alegaciones.

Por último, se ha formulado la oportuna propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación.

**TERCERA.-** La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el art. 106.2 de la Constitución, 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 Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP) en su título preliminar, capítulo IV, artículos 32 y siguientes. Regulación que, en términos generales, coincide con la contenida en los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, por todas, las Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 11 de julio de 2016 (recurso de casación 1111/2015) y 25 de mayo de 2016 (recurso de casación 2396/2014), requiere conforme a lo establecido en el art. 139 LRJ-PAC:

- 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. Así, la Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de junio de 2007 (Recurso 10231/2003), con cita de otras muchas declara que *“es doctrina jurisprudencial consolidada la que sostiene la exoneración de responsabilidad para la*

*Administración, a pesar del carácter objetivo de la misma, cuando es la conducta del propio perjudicado, o la de un tercero, la única determinante del daño producido aunque hubiese sido incorrecto el funcionamiento del servicio público (Sentencias, entre otras, de 21 de marzo, 23 de mayo, 10 de octubre y 25 de noviembre de 1995, 25 de noviembre y 2 de diciembre de 1996, 16 de noviembre de 1998, 20 de febrero, 13 de marzo y 29 de marzo de 1999)".*

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 cabalmente causado por su propia conducta. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005 y las 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".

**CUARTA.-** En la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público. El criterio de la actuación conforme a la denominada "lex artis" se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios, pues la responsabilidad no nace sólo por la lesión o el daño, en el sentido de daño antijurídico, sino que sólo surge si, además, hay infracción de ese criterio o parámetro básico. Obviamente, la obligación del profesional sanitario es prestar la debida asistencia, sin que resulte razonable garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

Según la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (Sección 4<sup>a</sup>) de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación 4397/2010), la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, como reiteradamente ha señalado dicho Tribunal (por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012 (recurso de casación núm. 4229/2011) y 4 de julio de 2013, (recurso de casación núm. 2187/2010) 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*”».

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 con el principio de facilidad probatoria, sobre todo 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. En estos casos, como señalan las Sentencias de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación 4397/2010) y de 27 de abril de 2015, (recurso de casación núm. 2114/2013), en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales “*puede tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de*

*obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido*”, cabe entender conculcada la *lex artis*, pues al no proporcionarle a los recurrentes esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal.

**QUINTA.-** Aplicada la anterior doctrina al presente caso, la reclamante manifiesta en su escrito que, como consecuencia de la implantación del dispositivo Essure, a la que se sometió según ella por indicación de los facultativos del Hospital Universitario de Móstoles, ha padecido sangrado excesivo, dolor pélvico, problemas estomacales, gastritis, infecciones de orina y cándida, caída y problemas en el cabello, vértigos, mareos, y desarreglos hormonales, entre otros. Además, considera que ha habido un seguimiento inadecuado y ocultación intencionada de los posibles efectos adversos de Essure y, finalmente, un desconocimiento por los profesionales sanitarios del dispositivo y, en general, una ausencia de información en relación con las consecuencias derivadas de su implantación. En todo caso, esta Comisión Jurídica Asesora no entrará a analizar aquellos reproches de la reclamante relativos a la intervención practicada en un centro sanitario privado y la supuesta falta de información recibida por la paciente de sus facultativos, dada la falta de legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid ya reseñada.

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 de lo que constituye regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación.

La reclamante, sin embargo, no aporta prueba alguna que acredite que la sintomatología referida esté relacionada con la implantación del microinserto, que tuvo lugar el 6 de septiembre de 2012 de modo voluntario y con firma del correspondiente consentimiento informado,

como afirma el informe de la jefa del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de Móstoles y corrobora la historia clínica aportada al expediente.

Frente a tal ausencia de prueba, el informe de la Inspección sanitaria afirma de modo concluyente que “*el sangrado excesivo, lo presentaba anteriormente al implante de Essure, por lo que le indicaron un dispositivo intrauterino Mirena, que lo utilizó hasta que la paciente decidió cambiar de método anticonceptivo por el implante Essure. En múltiples informes se observa que las irregularidades menstruales comenzaron al retirar el DIU*”.

En relación con los restantes efectos perjudiciales del implante alegados por la reclamante, continúa el informe señalando que “*los problemas estomacales, gastritis: según los informes del Servicio de Digestivo, la paciente presentaba gastritis crónica activa asociada a Helicobacter Pylori. La paciente recibió tratamiento y luego tuvo un test negativo...Las infecciones de orina y cándida: según informes de Nefrología la paciente refiere glucosuria en la adolescencia con diagnóstico de tubulopatía e historia de cálculos urinarios...La caída y problemas en el cabello: no se mencionan en los informes que constan a nuestra disposición; estos problemas pueden relacionarse entre otras causas, a la anemia ferropénica que padecía la paciente*”.

Por último, en cuanto a los vértigos o mareos, refiere la Inspección que “*...según informes del Servicio de Reumatología, la paciente acudió al Hospital Puerta de Hierro hace más de 10 años por estos episodios, le realizaron un EEG que fue normal. Además presentaba un diagnóstico de cervicobraquialgia derecha mecánica resuelta. Consta que se encuentra totalmente asintomática desde que ha dejado de hacer deportes tipo paddle*”.

Ante la ausencia de informe pericial aportado por la reclamante que acredite la existencia de relación de causalidad entre las molestias sufridas y la implantación del dispositivo Essure hay que estar a lo indicado por el informe de la Inspección Sanitaria, que determina que no es posible concluir que la asistencia prestada fuese incorrecta o inadecuada y que se actuó en todo momento conforme a los protocolos existentes y los conocimientos avalados por la comunidad científica en las fechas en que ocurrieron los hechos.

A esta conclusión debemos atenernos dado que los informes de la Inspección Sanitaria obedecen 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 dictada el 4 de febrero de 2016 (recurso 459/2013): *“...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 dela coherencia y motivación de su informe”.*

Todo ello nos lleva a considerar que no se ha acreditada la existencia de mala praxis en la colocación del dispositivo Essure. A igual conclusión llegó el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en la sentencia de 19 de septiembre de 2016 (recurso contencioso-administrativo nº 1019/2013) que, en un supuesto similar ya rechazó la existencia de relación causal entre una serie de reacciones alérgicas y la implantación de un dispositivo Essure, añadiendo que no es precisa la realización de pruebas alérgicas con carácter previo a su implantación. Por todo ello no puede afirmarse que hubiese una infracción de la *lex artis* en la implantación del dispositivo contraceptivo.

A mayor abundamiento, este daño tampoco sería antijurídico porque en la fecha en que se procedió a la implantación del microinserto se desconocían los efectos adversos del dispositivo. Como hemos recordado en anteriores dictámenes relativos al dispositivo Essure (sirva de ejemplo el Dictamen 412/19, de 17 de octubre) resulta aplicable lo dispuesto en el artículo 34.1 de la LRJSP, cuando señala que no existe el deber de indemnizar los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquellos.

En relación con el defecto de información alegado por la reclamante, no cabe duda de la importancia de la información que ha de suministrarse a los pacientes para que presten su consentimiento, tal y como se regula en la actualidad la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, cuyo artículo 3 lo define como *“la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada para que tenga lugar una actuación que afecta a la salud”*, información que incluye los posibles riesgos que se puedan producir (artículo 8.3 Ley 41/2002). La finalidad de la información es permitir al paciente tomar la decisión de someterse a la técnica médica de que se trate con conocimiento de los riesgos que pueden derivarse de la misma, y la falta de información equivale a una limitación del derecho a consentir o rechazar una actuación médica determinada, inherente al derecho fundamental a la integridad física y moral contemplado en el artículo 15 de la Constitución según tiene declarado el Tribunal Constitucional en sentencia 37/2011, de 28 de marzo.

En el presente supuesto, es preciso tener en cuenta que, como ya señalamos en nuestro Dictamen 278/17, de 6 de julio, la información

que debía suministrarse era la conocida en ese momento, por lo que debe ser tenido en consideración el Protocolo/Guía de la SEGO de 2012 aplicable el año en que se realizó la inserción. Esta Guía 2012 de la SEGO recoge los posibles efectos adversos y riesgos asociados que coinciden con los que recogía el documento de consentimiento informado firmado por la paciente, sin que pueda considerarse que se trata de un documento incompleto o insuficiente.

En este sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León de 12 de enero de 2018 (recurso nº 969/2016) dice:

*“(...) en cuanto a una insuficiente información sobre los riesgos que podían derivarse de la utilización de este método anticonceptivo, se reprocha en la demanda que la actora nunca fue informada de la posibilidad de terminar siendo amputada, ni de las reacciones alérgicas que podían derivarse, ni de las enormes menstruaciones y dolores que todo ello conllevaba. Motivo de reclamación que también debe ser desestimado pues, como ponen de manifiesto las pruebas periciales realizadas a instancia de las demandadas y el informe de la Inspección Médica, el documento de consentimiento informado firmado por la actora comprendía toda la información que en dicho momento el fabricante del dispositivo había publicado, ya que no es hasta el año 2015 cuando se aprueba un nuevo etiquetado del producto en el que en el capítulo de precauciones se incluye la posibilidad de padecer dolores a largo plazo o urticarias y dermatitis en personas con historia de alergia, situación que, además, no era la de la recurrente ya que no tenía historia de alergia a metales”.*

Por lo anteriormente expuesto, no se aprecia la concurrencia de los requisitos para declarar la existencia de responsabilidad patrimonial.

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

## **CONCLUSIÓN**

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado mala praxis en la asistencia sanitaria prestada a la reclamante ni concurrir la antijuridicidad del daño.

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 noviembre de 2020

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 533/20

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid