

Dictamen nº: **446/22**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **05.07.22**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 5 julio de 2022, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el asunto sobre responsabilidad patrimonial promovido, por Dña., (en adelante “*la reclamante*”), por considerar que concurrió *mala praxis* por parte de los facultativos del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, en el parto y postoperatorio del alumbramiento de su segundo hijo.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Mediante escrito presentado en el registro telemático del SERMAS, el día 12 de noviembre de 2020, la reclamante, asistida de letrada, formuló reclamación de responsabilidad patrimonial, por la asistencia sanitaria que le fue dispensada durante el parto instrumental y postoperatorio que se le practicó en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid, el 23 de diciembre de 2019, al que atribuye las complicaciones infecciosas que sufrió, que determinaron que tuviera que someterse a dos intervenciones quirúrgicas los días siguientes, de las que además afirma que no recibió información suficiente.

Según se explica, el día 23 de diciembre de 2019, la reclamante acudió a las Urgencias del Hospital Clínico San Carlos, estando en la semana 41 de gestación. Constatándose que estaba de parto, dio a luz un varón sano que fue extraído con fórceps, realizándose a la madre una episiotomía, que se reputa demasiado grande, pues le produjo un hematoma en los labios mayores que se extendía hasta la zona glútea, precisando de hierro intravenoso y oral, por anemia. La reclamante y su hijo fueron dados de alta el día 25 de diciembre.

Explica que el 30 de diciembre debió acudir nuevamente a Urgencias, remitida por su profesional de Medicina de Familia, al sufrir desde hacía tres días dolor hipogástrico, fiebre y sangrado genital, en cantidad mayor a una regla y que, tras realizarle una analítica comprobaron que presentaba infección puerperal, quedando ingresada en Ginecología y llegando a alcanzar los 40°C de fiebre, administrándole analgésicos y antibióticos, sin que remitiera esa situación y sin tomar ninguna decisión hasta el 1 de enero de 2020, cuando le realizaron un TAC y una ecografía, que pusieron de manifiesto la gravedad de la situación, determinando que presentaba una sepsis por la que tuvo que ser ingresada en la UCI.

A continuación, según refiere, le realizaron una laparotomía exploratoria para abordar las colecciones infecciosas, le transfundieron dos concentrados de hematíes, le provocaron una rotura accidental de la cápsula vesical de 5 cm durante la intervención y regresó a planta el día 3 de enero con un drenaje y una sonda vesical, sin solventar realmente la infección, tal como evidenció un nuevo TAC del día 4 de enero, tras el cual debió volver a ingresar en la UCI, para una nueva intervención quirúrgica.

Indica que regresó finalmente a planta el día 7 de enero, esta vez con cuatro drenajes y la sonda vesical, no siendo dada de alta hasta el 14 de enero de 2020.

Manifiesta igualmente que no se le ofrecieron documentos de consentimiento informado de ninguna de las dos intervenciones, recibiendo una escasísima información sobre los tratamientos recibidos, además de ser completamente ilegibles las hojas de protocolo quirúrgico de ambas operaciones.

Añade que, cuando ingresó el día 30 de diciembre lo hizo con su hijo recién nacido, teniendo que sacarse la leche durante su ingreso para alimentarlo, hasta que tuvo que interrumpir la lactancia materna por la gravedad de su situación, antes de la segunda intervención.

Reprocha que el parto debió realizarse sin fórceps y con una episiotomía más reducida, lo que habría evitado la infección que sufrió. Añade que el tratamiento antibiótico recibido fue inicialmente inadecuado, requiriendo una primera cirugía de urgencia para abordar las colecciones infecciosas y que tal intervención injustificadamente se demoró 3 días y no solucionó nada, ya que la paciente precisó de una nueva cirugía el 4 de enero de 2020, no siendo dada de alta hasta el día 14 del mes de enero. Además, señala que no recibió información suficiente respecto de las intervenciones postparto de los días 2 y 4 de enero de 2020, al no habersele entregado los correspondientes documentos de consentimiento informado.

A causa de lo sucedido, la reclamante manifiesta que ha sufrido una situación completamente estresante que le ha llevado a frustrar su anterior idea anterior de tener un tercer hijo. Destaca especialmente la desazón producida durante sus dos ingresos en la UCI, pues no podía ver a su hijo recién nacido, ni al resto de sus seres queridos, hubo de interrumpir abruptamente la lactancia materna y todo ello le hizo temer terriblemente por su vida en ese trance, según recoge un informe de su médico de Atención Primaria que aporta, de fecha 4 de noviembre de 2020. En dicho informe se destaca que *“a raíz de lo ocurrido no quiere tener más hijos- su idea inicial era tener otro más-, tiene dificultades para*

dormir, han aumentado sus migrañas, sufre ansiedad intensa cuando recuerda lo ocurrido, ha estado traumatizada por lo que pasó y con situación de Pandemia, más una baja suya por un Encontroma en el dedo pulgar, por estos motivos dice no haber acudido a pedir ayuda”.

Por todo ello y para la reparación de los daños y perjuicios irrogados, solicita una indemnización en cuantía de 38.678€.

Junto con el escrito de reclamación se aportó el informe del médico de familia anteriormente referido, además de otra documentación médica atinente al parto y a las complicaciones subsiguientes.

SEGUNDO.- Del estudio del expediente y los datos de la historia clínica, resultan los siguientes hechos de interés para la emisión del Dictamen:

La reclamante, de 32 años de edad en el momento de los hechos, contaba con antecedentes obstétricos de una anterior cesárea por presentación podálica en el año 2013.

El 22 de diciembre de 2019, siendo gestante de 39+6 semanas, acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Clínico San Carlos, por inicio de dinámica uterina.

Tras practicarle una exploración se consideró que estaba en fase de pródromos de parto y se le dio el alta, indicándole que, si se producía pérdida de fluidos, contracciones regulares, sangrado vaginal, no percepción de movimientos fetales o cualquier otra incidencia, debería volver a Urgencias.

El día siguiente, acudió de nuevo a Urgencias por dinámica uterina y sensación de amniorrea desde las 20:30 horas. Tras constatar esa circunstancia y comprobar el bienestar fetal mediante monitorización, se decidió el ingreso de la reclamante por parto en periodo de dilatación.

El documento de consentimiento informado que firmó la paciente (folios 303 y 304) era específico de parto vaginal, pero para mujeres que habían sufrido una cesárea previa, indicando los riesgos añadidos de sufrir una dehiscencia y/o una rotura uterina y la alternativa de la cesárea programada.

Se desarrolló un parto instrumental, mediante fórceps por alivio de expulsivo y a las 14:15 horas, nació un varón con test de Apgar 8/10, peso de 3240 gramos, pH de 7,34 y grupo Rh 0 positivo.

Se practicó a la reclamante episiotomía de localización mediolateral derecha, que se suturó sin incidencias. En el curso del puerperio sobrevino anemia puerperal que requirió de la administración de hierro intravenoso y oral, recibiendo el alta por mejoría clínica con tratamiento médico, el día 25 de diciembre de 2019.

El 30 de diciembre, la paciente acudió a Urgencias derivada por su médico de Atención Primaria por dolor epigástrico y fiebre, con sangrado genital. En la exploración se hizo constar: *“abdomen doloroso, más en flanco inferior derecho, se objetiva hematoma perineal que se extiende a ambos glúteos. Ecografía: útero puerperal que alberga un contenido en su interior hiperecogénico compatible con restos de sangre y coágulos”*. Pendiente de los resultados de laboratorio, se diagnosticó a la paciente de *“fiebre-infección puerperal”* y se le administró ampicilina 1 g/6h intravenosa y gentamicina 240 mg/24h intravenosa.

Se realizaron pruebas de imagen para detectar la causa de la sintomatología de la paciente, comprobándose la existencia de colecciones hemáticas probablemente infectadas y se pasó a la paciente a UCI para una mejor vigilancia y control.

En la ecografía transvaginal que se le practicó se objetivó hematoma paravesical y se le realizó un TAC abdominopélvico para descartar

sangrado activo, por su anemia hasta hemoglobina de 6,4 gr/dl. De las pruebas resultó: ausencia de focos de sangrado activo, colecciones en pelvis menor probablemente sobreinfectadas, algunas en el espacio paravesical derecho que se extendían al espacio prevesical, de aproximadamente 9x9x6 cm, parcialmente organizadas, de contenido serohemático y con burbujas de gas en su interior, en probable relación con sobreinfección y otra de alta atenuación, posterior y lateral derecha a la vagina-cérvix (antecedente de episiotomía), que medía 4x3x5 cm, bien delimitada por pared, que mostraba realce y contenía gas en su interior.

En la analítica de 1 de enero de 2020 resultó: hematocrito= 24,1, hemoglobina= 7.7, leucocitos= 11.3, plaquetas= 350.100, hematíes= 2.74. Se decidió la realización de una transfusión de 2 concentrados de hematíes, dejando en ayunas a la paciente para someterla a una intervención quirúrgica a cargo de Ginecología, para desarrollar el abordaje de las colecciones infecciosas.

El 2 de enero de 2020, tras ser estabilizada y preparada para la intervención, pasó a quirófano al objeto de realizar una laparotomía exploradora bajo anestesia, por sepsis con colección abdominal. No consta documento de consentimiento informado para la realización de esta intervención.

Se realizó en un primer tiempo la exploración: se objetivó cérvix de útero sin desgarros y presencia de dehiscencia de mucosa de episiotomía, donde se drenó una moderada cantidad de coágulos y se recogió muestra para microbiología. Además, se dio punto de cierre suelto de episiotomía. En un segundo tiempo se realizó Pfannenstiel -incisión transversal, a unos 3 cm por encima del pubis-, evidenciándose muchas adherencias, útero y anejos normales, con adherencia en la plica vesicouterina. Se avisó a Urología para disecar la vejiga y se exploró el espacio perivesical derecho preperitoneal, observando colección que se drenó, recogiendo muestra para microbiología.

Durante la cirugía por despegamiento vesical por parte de Urología se produjo una apertura accidental de la cápsula vesical (5 cm), que se suturó sin incidencias, dejando un drenaje.

Tras la intervención, la paciente regresó del quirófano estable y extubada, buena evolución clínica y analítica posterior. En la analítica del 3 de enero de 2020 resultó: hematocrito= 28,3, hemoglobina= 8,9; leucocitos= 18; plaquetas= 427.000.

El 3 de enero de 2020 pasó a planta, a su llegada presentó un pico febril y fue valorada por Medicina Interna y Ginecología, cambiando el tratamiento antibiótico según pauta de microbiología a vancomicina + Meropenem intravenoso.

El día siguiente, 4 de enero de 2020, ante la persistencia febril y el malestar general de la paciente, se solicitó un TAC abdomino-pélvico, que objetivó derrame pleural bilateral algo mayor que en el TC previo, y pequeño derrame pericárdico, de nueva aparición. Dado el empeoramiento clínico y la persistencia de las colecciones abdominales, se indicó una nueva intervención quirúrgica urgente por parte de Ginecología, para resolver los abscesos pélvicos. Según consta anotado, esta intervención se realizó sólo unos minutos después de obtener el resultado del TAC, que se informó a las 20:50 horas de ese día, informando verbalmente a la paciente y familiares, según consta expresamente en el evolutivo del día 4 de enero de 2020, por parte de Ginecología: *“se informa a la paciente, a su pareja y a los familiares”*.

En un primer tiempo quirúrgico se objetivó un punto dehiscente en la parte superior de la episiotomía, con salida de material purulento. Se efectuó el lavado y la sutura y se colocó una sonda permeable a través de vagina. En un segundo tiempo quirúrgico, se procedió a la apertura por planos, para favorecer la salida del material purulento a nivel prevesical, que llegaba hasta fosa paravaginal derecha, efectuando su limpieza y un

drenaje prevesical. También se procedió al drenaje de colección infecciosa en el músculo recto anterior derecho y en la fosa vaginal derecha, con drenaje en el músculo recto anterior. Se comprobó la estanqueidad vesical con azul de metileno.

Tras la intervención, la paciente ingresó en la UCI extubada, sin soporte vasoactivo, manteniendo el tratamiento antibiótico con Meropenem y vancomicina, que se había iniciado preoperatoriamente.

Durante la estancia en UCI, se mostró estabilidad hemodinámica, buena función renal y analíticas en orden, con normalización de la leucocitosis. La herida quirúrgica presentaba buen aspecto, con discreto manchado seroso por la zona inguinal izquierda y sólo uno de los drenajes abdominales presentó débito serohemático moderado.

La paciente no mostró anemia significativa, en los hematocritos seriados y consta la ausencia de acidosis láctica y una coagulación normal.

La paciente manifestó en ese momento su deseo de interrumpir la lactancia materna. Se consulta con Ginecología, pautando Cabergolina 1 mg, en dosis única y vendaje compresivo del pecho. En ecografía no se observaron ya claras imágenes de colecciones y tan sólo una pequeña cantidad de líquido en el receso recto-uterino.

El día 7 de enero de 2020, la paciente pasó a planta para continuar su evolución y el tratamiento pendiente de los cultivos. Presentando aún 2 drenajes con líquido serohemático, el izquierdo se le retiró el 9 de enero de 2020 y el derecho un día después, ante la falta de débito.

El día 10 de enero de 2020 se tuvo el resultado del cultivo, asilándose *bacteroides fragilis*, sensible a piper-tazo y a amoxicilina. Por lo que se indicó tratamiento antibiótico con amoxicilina-clavulánico. En adelante, la paciente evolucionó favorablemente, y antes de darle el alta

se le realizó ecografía, sin visualizar colecciones en la pared abdominal, ni por debajo de herida abdominal. Fue dada de alta el 14 de enero de 2020.

Desde febrero de 2020 la paciente ha recibido asistencia en el “Centro de Salud Mental Galiana”, al sufrir cuadros de ansiedad, cambios de humor, irritabilidad, tensión muscular y sueño fragmentado, entre otros, siendo diagnosticada de “trastorno por estrés postraumático”, en relación con las complicaciones subsiguientes al alumbramiento de su segundo hijo, que motivan la presente reclamación.

Se le pautó tratamiento psicofarmacológico, con mejoría, aunque persisten las “rumiaciones” descritas, reforzándose el tratamiento, estando pendiente de evolución.

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 (título preliminar, capítulo IV) (en adelante LRJSP), comunicándolo a la reclamante a través de su letrada, el día 19 de noviembre de 2020.

En posterior escrito de mejora de su solicitud, de fecha 24 de febrero de 2021, la reclamante indicó que estaba siendo tratada en el Centro de Salud Mental de Latina, desde diciembre de 2020, habiendo sido evaluada por el Área de Psicología Clínica, dentro del “Programa de Trauma Psíquico”, estando pendiente de evolución. Se adjuntó un informe clínico suscrito por un psiquiatra de dicho centro, de fecha 22 de febrero de 2021, que describe el cuadro que presentaba la reclamante en ese momento y lo diagnostica como trastorno por estrés postraumático (F-43.1, según la clasificación aplicable en Psiquiatría) -folio 26-.

En virtud de lo dispuesto en la normativa aplicable a la tramitación del procedimiento, se ha incorporado la historia clínica de la gestante en particular referencia al parto y asistencias subsiguientes cuestionadas. Además, conforme a los artículos 79 y 81.1 de la LPAC, se ha recabado el preceptivo informe de los responsables de los servicios a los que se atribuye la asistencia cuestionada, incorporándose el informe de 10 de diciembre de 2020, del Presidente del Instituto de Salud de la Mujer, dependiente del Hospital clínico San Carlos de Madrid, que concluye que la asistencia se ajustó a la *lex artis ad hoc*.

En el mismo se explica que el parto en una paciente con cesárea anterior, como es este caso, debe aliviarse en lo posible para que no se produzca rotura uterina y que la mejor forma de hacerlo es con un fórceps y que, previo al fórceps hay que hacer una amplia episiotomía para proceder a la extracción de la cabeza.

Añade que lo habitual es que no haya más problemas, aunque en este caso, la paciente tuvo una complicación poco frecuente pero no inusual, en la que se produjo hematoma tanto en la episiotomía como en la fosa paravesical. Se indica que, pese a todo, los hematomas suelen reabsorberse en pocas semanas sin ocasionar problemas de infección en las mujeres que lo padecen, aunque en este caso, estos hematomas se infectaron, lo que determinó mayores complicaciones. En resumen, se indica que la utilización de fórceps y la amplia episiotomía son correctas.

En cuanto al abordaje de las complicaciones, se indica que la paciente ingresó el 30 de diciembre de 2019, a las 15:24 horas. Se exploró a la paciente, se observó que el abdomen era blando y depresible aunque muy doloroso en fosa iliaca derecha y sin signos de irritación peritoneal (sin Blumberg) y se solicitó analítica donde se observó anemia y leucocitosis, así como fiebre de 38,6°C. Ante tales datos, por ser el diagnóstico más habitual, se consideró que presentaba fiebre puerperal por endometritis, instaurando de forma empírica un tratamiento

antibiótico con ampicilina y gentamicina, además de solicitar ecografía, que informó de la aparición de 2 hematomas, uno paravesical de aproximadamente 7,5x5 cm y otro de menor tamaño, resultado de la episiotomía de 4x3 cm.

Ante tales hallazgos, con rapidez -pues aún no habían pasado 48 horas del ingreso-, se le solicitó un TC abdominal para mejor valoración de los hematomas y cuando el TC informó de la presencia de una colección paravesical derecha de 9x9x6cm con gas y contenido hemático parcialmente organizado, así como otra en la zona lateral derecha, correspondiente a la episiotomía, que medía 4x3x5 cm y dado el empeoramiento clínico de la paciente, se decidió su ingreso en la UCI para estabilizarla y vigiarla, transfundiéndole 2 concentrados de hematíes y organizando su intervención quirúrgica para abordar las colecciones infecciosas, iniciándose la correspondiente operación la noche del día 1 de enero de 2020, a las 23:40 horas y finalizando a las 2:55 horas de la madrugada del día 2 de enero de 2020.

Según resultó de la intervención, el hematoma de mayor tamaño era el paravesical, siendo su abordaje muy dificultoso quirúrgicamente, por lo que se avisó al cirujano de guardia de Urología, el cual intentó localizar el hematoma produciéndose apertura de la vejiga y observándose salida de contenido purulento de la zona paravesical. El urólogo procedió a cerrar la vejiga y a colocar sonda vesical y paravesical. De otra parte, los ginecólogos procedieron a evacuar el hematoma de la episiotomía.

Finalizado el acto quirúrgico, a la paciente se le añadió clindamicina, reforzando el tratamiento antibiótico de ampicilina y gentamicina.

En resumen, este informe considera que la primera intervención quirúrgica se realizó en un tiempo muy prudencial desde el ingreso -aproximadamente 2,5 días-, dado que hubo que esperar a observar la

evolución de la paciente, a las pruebas complementarias y a su estabilización.

Repasa el informe la situación posterior, en la que dado que la paciente continuaba con fiebre de hasta 39,5°C y leucocitosis de hasta 18.500, con gran desviación a la izquierda, a pesar de los 3 antibióticos suministrados, se decidió solicitar un nuevo TC que se realizó el 4 de enero de 2020 y se informó a las 20:50 horas de ese mismo día, constatando la persistencia del absceso paravesical descrito, por lo que inmediatamente se cambia de antibiótico y se administra Meropenem y vancomicina y se introduce a la paciente a quirófano minutos después del informe del TC, entrando a las 21:07 horas y saliendo a las 23:35 horas de ese mismo día, drenando de nuevo el absceso subsistente y dejando drenajes paravesicales. Además, se drenó otro contenido serohemático en el recto anterior, como consecuencia de la intervención del día 1 de enero de 2020, manteniendo a la paciente ingresa en UCI, tras la cirugía.

Durante la ulterior estancia en planta de la paciente, el día 10 de enero, llegaron los informes de los gérmenes infecciosos, poniéndose el tratamiento adecuado, con amoxicilina y clavulánico. Desde este momento, la paciente recuperó todas sus constantes y fue dada de alta días después. En cuanto a la tardanza en suministrar el tratamiento antibiótico oportuno, el informe argumenta que el tratamiento antibiótico tiene que ser a la fuerza empírico, hasta contar con el resultado del antibiograma, como ocurrió en este caso y garantizar así su exacta indicación para solventar la infección.

Durante la instrucción del expediente la reclamante ha aportado información adicional sobre su afectación psicológica y psiquiátrica. Así, consta escrito de la reclamante, de fecha 10 de noviembre de 2021, acompañando un informe de una consulta de Psiquiatría del “Centro de Salud Mental Galiana”, de fecha 22 de febrero de 2021, donde fue

remitida la paciente por derivación del Hospital Clínico San Carlos. En el mismo se informa que tras el parto de su segundo hijo, con fórceps, cuya asistencia se cuestiona ahora, sufrió complicaciones (sepsis puerperal) y tuvieron que intervenir a la paciente en dos ocasiones, con estancia en UCI, percibiendo que su vida estaba en peligro y sufrió por sus hijos. Refiere que desde febrero 2020 comenzó con cuadros de ansiedad, cambios de humor, irritabilidad, tensión muscular, sueño fragmentado, hipersensibilidad, llanto ocasional, falta de apetito, dificultad de concentración y sus ataques de migraña se acentuaron.

Se le pautó tratamiento psicofarmacológico, con mejoría, aunque persistían las “rumiaciones” descritas, reforzándose el tratamiento.

También se indica en ese informe que había sido evaluada por Psicología Clínica dentro del programa Trauma Psíquico, estando pendiente de evolución. Siendo su diagnóstico: “trastorno por estrés postraumático”.

Consta igualmente en el procedimiento emitido el informe emitido por la Inspección Sanitaria, de fecha 3 de marzo de 2022, que considera que a la vista de las actuaciones practicadas no existe evidencia de que la asistencia sanitaria prestada por el Servicio de Ginecología del Hospital Clínico San Carlos haya sido incorrecta o inadecuada a la *lex artis*.

Consta escrito de impulso procesal de la reclamante de fecha 9 de marzo de 2022.

Considerando concluida la instrucción del procedimiento, le fue evacuado el oportuno trámite de audiencia, ex. artículo 82 de la LPAC, notificando el mismo a la parte reclamante el día 1 de abril de 2022; habiendo efectuado alegaciones finales el día 19 de abril remitiéndose en general a sus argumentaciones iniciales y destacando especialmente la falta de información de que- indica- adoleció toda su asistencia, pues

considera inadecuado el documento de consentimiento proporcionado para el “parto vaginal con cesárea previa”, en el que se indica como única alternativa la cesárea programada, pero no un parto vaginal instrumentado con fórceps, como el que tuvo lugar; que según afirma se produjo realmente por varias deceleraciones en el latido del feto, registradas durante el parto.

Añade que, tampoco hubo consentimientos informados en las dos intervenciones quirúrgicas posteriores y considera que -además- medió retraso en la primera intervención, pues no se efectuó hasta pasados dos días del ingreso del 30 de diciembre de 2019 y critica que, no sólo no solucionara el problema de la infección, sino que ocasionaran un desgarro vesical de 5 cm.

Finalmente, también considera que también medio retraso en la aplicación del tratamiento antibiótico adecuado a su infección, que no se produjo hasta el día 7 de enero de 2020.

Finalmente, el 2 de junio de 2022 se ha redactado la oportuna propuesta de resolución, proponiendo estimar parcialmente la reclamación, reconociendo una indemnización de 6.000 €, por considerar que del conjunto del expediente resulta que, todas las actuaciones médicas fueron acordes a *la lex artis ad hoc*, salvo en lo referente a la ausencia de consentimiento informado para la primera intervención quirúrgica, que tuvo lugar entre el 1 al 2 de enero de 2020, respecto de la que se observa que medió lesión del derecho a la información de la paciente.

CUARTO.- El consejero de Sanidad, mediante oficio que tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid el día 3 de junio de 2022, formula preceptiva consulta.

La ponencia ha correspondido, por reparto de asuntos, a la letrada vocal Dña. Carmen Cabañas Poveda, quien formuló y firmó la oportuna

propuesta de dictamen, la cual fue deliberada y aprobada en la reunión del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora, en sesión celebrada el día 5 de julio 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 26 de diciembre, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía indeterminada y a solicitud de un órgano legitimado para ello a tenor del artículo 18.3 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por Decreto 5/2016, de 19 de enero (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, está regulada en la LPAC, dado que este procedimiento se incoó a raíz de una reclamación formulada con posterioridad a la entrada en vigor de la norma.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4 de la LPAC y el 32 de la LRJSP, al ser la persona que recibió la asistencia sanitaria reprochada y tener carácter personalísimo el daño derivado de la ausencia o defecto del consentimiento.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, pues el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado por

personal médico de un centro perteneciente a la red pública asistencial, el Hospital Clínico San Carlos.

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 de la LPAC, reconociéndose así en la norma un criterio objetivo, vinculado a la aparición de las secuelas aplicando la teoría de la *actio nata*, a la que también apela con el mismo objeto la Sala Tercera del Tribunal Supremo, entre otras muchas ocasiones, en la Sentencia de 22 de febrero de 2012, recurso de casación 608/2010, en que el Alto Tribunal recuerda que *“la fecha inicial para contar el plazo de prescripción del artículo 142, apartado 5, de la Ley 30/1992, tratándose de daños físicos o psíquicos en las personas, es la de la curación o aquella en la que se conoce el alcance de las secuelas, esto es, cuando se estabilizan los efectos lesivos y se conoce definitivamente el quebranto de la salud”*.

En el presente caso, la reclamación ha sido interpuesta el día 12 de noviembre de 2020, en referencia a la asistencia sanitaria dispensada a la reclamante entre los días 23 de diciembre de 2019 y 14 de enero de 2020. A la vista de estas circunstancias temporales, resulta evidente que la misma ha sido formulada en plazo.

En cuanto al procedimiento, no se observa ningún defecto en su tramitación. De acuerdo con el artículo 81.1 de la LPAC, se ha recabado informe del servicio médico implicado y consta que el instructor del procedimiento solicitó también un informe a la Inspección Sanitaria, que obra en el expediente. Tras la incorporación de los anteriores informes, se dio audiencia a la reclamante, que presentó alegaciones finales y finalmente, se dictó la propuesta de resolución.

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.- Como es sabido, la responsabilidad patrimonial de la Administración se rige por el artículo 106.2 de la Constitución a cuyo tenor: *“Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”*. El desarrollo legal de este precepto se encuentra contenido actualmente en los artículos 32 y siguientes de la LRJSP -coincidente, en términos generales, con los precedentes artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC-completado con lo dispuesto en materia de procedimiento en la ya citada LPAC.

La Sentencia del Tribunal Supremo de 25 de mayo de 2016 (recurso 2396/2014) recoge lo siguiente a propósito de las características del sistema de responsabilidad patrimonial:

“(...) el art. 139 de la LRJAP y PAC, establece, en sintonía con el art. 106.2 de la CE, un sistema de responsabilidad patrimonial: a) unitario: rige para todas las Administraciones; b) general: abarca toda la actividad -por acción u omisión- derivada del funcionamiento de los servicios públicos, tanto si éstos incumben a los poderes públicos, como si son los particulares los que llevan a cabo actividades públicas que el ordenamiento jurídico considera de interés general; c) de responsabilidad directa: la Administración responde directamente, sin perjuicio de una eventual y posterior acción de regreso contra quienes hubieran incurrido en dolo, culpa, o negligencia grave; d) objetiva, prescinde de la idea de culpa, por lo que, además de erigirse la causalidad en pilar esencial del sistema, es preciso que el daño sea la materialización de un riesgo jurídicamente relevante creado por el servicio público; y, e) tiende a la reparación integral”.

Según abundante y reiterada jurisprudencia, para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son

precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con 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 de los servicios públicos, en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran alterar dicho nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor, y d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

La responsabilidad de la Administración es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión, siendo imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

En el ámbito sanitario, 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 ad hoc* 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.

En este sentido la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 18 de septiembre de 2017 (recurso 787/2015), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, *“en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria 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, que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, 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. Así pues, sólo en el caso de que se produzca una infracción de dicha lex artis respondería la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos por lo que deberían ser soportados por el perjudicado”.

Todo lo anterior resulta relevante por cuanto el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial no convierte a la Administración en una aseguradora universal de cualquier daño que sufran los particulares, sino que únicamente debe responder de aquéllos que los administrados no tengan el deber jurídico de soportar y sean causados por infracción de la llamada *lex artis*.

CUARTA.- En el caso que nos ocupa, la reclamante considera deficiente la asistencia sanitaria que le fue dispensada durante el parto y en los problemas posteriores, en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

Concretamente plantea, que se lesionó su derecho a la información en lo relativo a la utilización de fórceps durante el parto y, además considera que el alumbramiento debió realizarse sin fórceps y con una episiotomía más reducida, lo que habría evitado la infección posterior. En cuanto a las atenciones posteriores, añade que concurrió mala praxis en la elección del tratamiento antibiótico recibido hasta el día 7 de enero de 2020 y en la primera intervención quirúrgica para abordar las colecciones infecciosas, pues se demoró 3 días y no solucionó el problema, determinando la necesidad de una nueva cirugía el 4 de enero de 2020. Además, señala que también se lesionó su derecho a la información clínica, pues no recibió información suficiente respecto de esas dos intervenciones postparto, de los días 2 y 4 de enero de 2020, al

no habersele entregado los correspondientes documentos de consentimiento informado.

En materia probatoria, 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. Así lo entendió también el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en la Sentencia núm. 1707/2008, de 17 de septiembre, al matizar que *“corresponde al reclamante la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia se alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la lex artis médica y que ésta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama”* y en la Sentencia de 20 de septiembre de 2016 (recurso 60/2014), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

Frente a lo indicado, en este caso la reclamante no ha aportado al procedimiento criterio médico o científico, avalado por profesional competente, que sirva para acreditar técnicamente que se vulneró la *lex artis* médica, durante el parto, ni en la asistencia y cirugías posteriores a que se la sometió.

Por el contrario, los informes de los responsables de los servicios involucrados en la atención de la gestante y su hija, abordan todas las cuestiones controvertidas y ofrecen explicaciones solventes a las pretendidas deficiencias que se plantean, con argumentos que se apoyan en los datos reflejados en la historia clínica y en criterios médicos.

De ese modo, resultan muy claros los informes del jefe de Servicio de Ginecología del Hospital Clínico y, también el emitido por la propia Inspección Médica.

Es reiterada la doctrina de esta Comisión que reconoce el especial valor de la opinión de la Inspección Sanitaria tal y como reconoce el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, así la sentencia de 16 de marzo

de 2017 (recurso 155/2014) recuerda que: *“Ha de tenerse en cuenta que, si bien tanto el informe de la Inspección Sanitaria como el resto de los que obran en el expediente administrativo no constituyen prueba pericial en sentido propiamente dicho, sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen también 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”*.

Pues bien, del contenido de esos informes y en particular del de la Inspección resulta que, tanto el desarrollo del parto -incluyendo el empleo de fórceps y una amplia episiotomía-, como las intervenciones quirúrgicas a que se sometió pocos días después a la reclamante, estaban plenamente justificadas, cada una de ellas en el momento en que se adoptaron las decisiones médicas correspondientes; a la vista de los antecedentes y de la situación clínica de la paciente, poco después del alumbramiento de su hijo y, por tanto, se acomodaron a la *lex artis ad hoc*.

Respecto al desarrollo del parto, se indica que el empleo de fórceps y la realización de una amplia episiotomía es lo correcto para aliviar el expulsivo en casos de cesárea previa, intentando evitar que se produzcan desgarros en el útero de la madre, que previamente ya habría sufrido una disección y sutura durante la cesárea previa.

Así las cosas, la instrumentalización del parto vaginal, empleando fórceps se considera indicada cuando el parto debe terminar en un tiempo razonablemente corto, lo que concurría en el presente caso por los antecedentes obstétricos y la indicación de un parto vaginal, instrumentalizado o no, frente a una cesárea es decisión del obstetra y viene dada por las condiciones clínicas y, en definitiva, sólo el facultativo

que asiste el parto está en condiciones de adoptar la intervención o práctica más oportuna, garantizando en todo caso el bienestar fetal, como ocurrió en el presente caso (así se indicó en el Dictamen 391/20, de 15 de septiembre). En parecido sentido el Dictamen 123/21, de 9 de marzo, destacó sobre el uso de este instrumento, los fórceps, que no hay consenso claro respecto de su naturaleza, pero que no se trata de una intervención propiamente dicha, sino de usar un recurso técnico, cuya decisión toma el especialista de un modo apremiante, valorando las circunstancias del caso.

En cuanto a la valoración de la praxis médica, por razón de la complicación infecciosa sufrida por la reclamante, los informes incorporados, indican que la fiebre puerperal producida por abscesos prevesicales son extremadamente infrecuentes, pero cuando ocurren y se infectan son muy complejos y complicados en su localización y evacuación.

Efectivamente, en este caso, se produjo esa complicación grave e infrecuente y, su detección se produjo diligentemente, como también coinciden en destacar tanto el responsable de Ginecología del Hospital Clínico San Carlos, como el medico inspector, a la vista de la exploración, las pruebas de imagen y la analítica de la paciente y fue abordada quirúrgicamente en un tiempo razonable -dos días en los que, además de detectar el problema, hubo que estabilizar a la paciente y realizarle transfusiones-.

Tampoco la técnica, ni la implementación quirúrgica resultan cuestionables, según estos mismos autorizados informes pues, aunque la paciente sufrió una complicación quirúrgica, como es la apertura de la vejiga dada la dificultad para localizar el absceso de ubicación más compleja, el contratiempo se solventó con rapidez y diligencia.

La gravedad de la infección determinó que la primera intervención no resultara suficiente para solucionar el problema y determinara la

necesidad de realizar una segunda intervención, que se desarrolló de forma inmediata a constarse en un TAC la persistencia de la colección vesical, consiguiéndose en esta segunda intervención evacuar totalmente el absceso y solucionar el problema de modo definitivo.

En cuanto a la tardanza en la corrección del tratamiento antibiótico, los informes incorporados ponen de manifiesto que el criterio de elección inicial tiene que ser a la fuerza empírico, pues no se contaba en el primer momento con ningún antibiograma que solventara con fehaciencia la cuestión, de ahí que se le pusiera ampicilina+gentamicina, destacando que después de la primera intervención se añadió clindamicina, para aumentar la cobertura, destacando que estos 3 antibióticos son suficientes en la gran mayoría de los casos para resolver el problema infeccioso. Se añade que, dado que persistía fiebre alta y leucocitosis tras la primera intervención quirúrgica, se decidió cambiar por parte de la UCI a Meropenem y vancomicina, ambos antibióticos muy eficaces cuando otros antibióticos no han sido resolutivos, aunque desgraciadamente en este caso no hubo respuesta adecuada, hasta que se conoció cuáles eran los gérmenes causantes de la infección y, por tanto, los antibióticos adecuados.

Según lo indicado, debemos coincidir con la Inspección en que, en este caso, tanto en el parto, como en el tratamiento de las complicaciones infecciosas posteriores sufridas por la reclamante, por graves que estas fueran, la asistencia se ajustó a la *lex artis ad hoc*.

QUINTA.- Resta por analizar el reproche de la pretendida lesión al derecho a la información de la reclamante, en cuanto al desarrollo de la técnica del parto vaginal a que se la sometió, con una amplia episiotomía y el empleo de fórceps y, respecto de las dos intervenciones quirúrgicas practicadas la madrugada del día 2 enero de 2020 y el día 4 del mismo mes y año.

Recordemos en este punto que el artículo 4.1 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, al referirse al “derecho a la información asistencial”, indica: *“Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias”*.

Pues bien, en este caso, según resulta de la historia clínica remitida la paciente firmó un consentimiento informado para la práctica de un parto vaginal en mujeres que se habían sometido a una cesárea previa, como era su caso, aunque en el mismo no se hacía referencia las concretas técnicas cuestionadas –la episiotomía y el empleo de fórceps- y no constan consentimientos escritos respecto de las intervenciones quirúrgicas de los días 1-2 y 4 de enero de 2020, aunque sí la mención explícita de la información verbal proporcionada en del día 4.

La exigencia o no de consentimiento informado en el parto ha generado posiciones encontradas, tal y como se indicó en el Dictamen 123/21, de 9 de marzo o en el Dictamen 272/19, de 20 de junio de esta Comisión, en el que se analiza pormenorizadamente esta cuestión con cita de la jurisprudencia más relevante sobre la misma.

Tal y como allí expuso el criterio de esta Comisión (Dictamen 38/17, de 26 de enero) es que el parto no precisa de consentimiento informado de conformidad con el criterio establecido por el Tribunal Supremo en la Sentencia de 2 julio de 2010 (recurso 2985/2006): *“(...) el proceso del parto, cuando es inminente e inevitable, constituye un proceso natural respecto del que el consentimiento informado no tiene sentido alguno pues*

la voluntad de la paciente en nada puede alterar el curso de los acontecimientos. Otra cosa es que se utilizaran medios extraordinarios para facilitar el parto, como podría ser la técnica de la cesárea, en cuyo caso, salvo razones de urgencia, sí debe recabarse el consentimiento informado de la paciente...”. Asimismo, la Sentencia del Tribunal Supremo de 20 de noviembre de 2012 (recurso 5637/2011) pone de manifiesto la naturaleza propia de la intervención médica del parto y declara: “Ciertamente es, en primer lugar, que el paciente debe ser en todo caso informado respecto al proceso médico que va a seguirse y cómo y en qué circunstancias se va a desarrollar para, de esta manera, poder conseguir no sólo el completo conocimiento de cada una de las etapas y situaciones en las que se va a encontrar sino también la máxima predisposición y colaboración a la consecución del resultado con la exteriorización de lo que conocemos como consentimiento informado. Y es que el embarazo y parto no se sustrae de la aplicación de los principios y previsiones contenidas en la Ley 41/2002, 14 de noviembre, pero lo cierto es que adquiere unas características especiales que lo configuran como un acto médico con singular naturaleza. También, es cierto que las futuras madres pueden mostrar ciertas preferencias en cómo se va a desarrollar el acto del alumbramiento pero no lo es menos que el mismo está sujeto a las previsiones de garantizar la salud tanto para la madre como para el hijo en los mejores y mayores porcentajes posibles. Por ello, ese acto de información y consentimiento previo ha de situarse respecto a las posibles complicaciones que pueden manifestarse en esos momentos y que han de determinar por parte de los profesionales médicos asistentes la posibilidad de adopción de las decisiones médicas adecuadas y acordes a los síntomas e indicios que se van produciendo”.

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

Principado de Asturias. En este mismo sentido se pronuncia la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 29 de noviembre de 2013 (recurso 1246/2011) y pese a la existencia de pronunciamientos judiciales en sentido contrario, como la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León (Valladolid) de 30 de septiembre de 2016 (recurso 71/2015) que sí exige ese consentimiento en un parto instrumental, parecen prevalentes los que se muestran menos rigoristas en estos casos, al entender que el momento del parto culmina un proceso mucho más amplio, en el que las afectadas habrían sido atendidas e informadas sobre las diferentes posibilidades y situaciones y que, llegado el momento, el ginecólogo actuante debiera decidir las técnicas más adecuadas para garantizar el bienestar de la madre y el hijo y propiciar el mejor desarrollo del alumbramiento y todo ello salvo que se utilizaran medios extraordinarios para facilitar el parto, como podría ser la técnica de la cesárea, en cuyo caso, salvo razones de urgencia, sí debe recabarse el consentimiento informado de la paciente.

Trasladando todo lo expuesto al supuesto que ahora se analiza, esta Comisión considera que el consentimiento informado suscrito por la reclamante para un parto vaginal de quien antes hubiera sido objeto de otra cesárea, resulta suficiente.

En cuanto a la ausencia de consentimiento escrito respecto de las dos intervenciones quirúrgicas a las que se sometió a la paciente los días siguientes, por la grave infección que padeció, debemos diferenciar la situación de la primera de ellas, que se produjo dos días después del ingreso de la paciente en Urgencias, el 30 de noviembre de 2020 y la de la segunda, que tuvo lugar sólo quince minutos después del TAC que, el día 4 de enero de 2020, mostró la subsistencia de la colección infecciosa vesical y en la que, además, hubo información verbal, expresamente reflejada en los evolutivos de Ginecología, para con la paciente y sus familiares.

Sobre el derecho a la información en situaciones de urgencia temporal, el artículo 9.2, letra b) de la antes citada Ley 41/2002, de 14 de noviembre, recoge: *“Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos:...b) Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él”*.

No cabe duda de que concurría situación de gravedad en la paciente, en las dos intervenciones quirúrgicas, si bien *la ratio* del precepto permite establecer que la excepción se previene para situaciones de urgencia temporal, en las que no parece justificado demorar la asistencia temporal so pretexto de materializar el derecho a la información.

La primera de las intervenciones que venimos analizando ahora se preparó durante dos días, por lo cual no parece justificado haber omitido el derecho a la información de la paciente, en cualquiera de sus formas -escrita o verbal- y esa carencia se pone de manifiesto más claramente, al haberse proporcionado información verbal en la segunda intervención, en la que era evidente que sí concurría la urgencia temporal últimamente indicada y, pese a todo, se informó a la paciente y a sus familiares de la situación y riesgos de la actuación médica.

Establecida la lesión al derecho a la información de la paciente en la intervención desarrollada la noche del 1 al 2 de enero de 2020, habrá de cuantificarse la indemnización procedente.

Según mantiene esta Comisión, en estos casos la valoración de dicho daño es extremadamente complicada por su gran subjetivismo -sentencias del Tribunal Supremo de 6 de julio de 2010 (recurso 592/2006) y 23 de marzo de 2011 (recurso 2302/2009)-. En punto a su

concreta determinación, la Sentencia de 11 de mayo de 2016 de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid (rec. 1018/2013), destaca la dificultad de cuantificar ese daño moral, para lo cual deberán ponderarse todas las circunstancias concurrentes en el caso, fijándola *“de un modo estimativo atendiendo a las circunstancias concurrentes, sin que, ni siquiera con carácter orientativo, proceda fijar la cuantía de la indemnización con base en módulos objetivos o tablas indemnizatorias como las contempladas en las resoluciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones”*.

Por todo ello, ponderando las concretas circunstancias del caso y dado que efectivamente se omitió el derecho a la información de la paciente en la intervención quirúrgica que se le practicó la madrugada del día 2 de enero de 2020, pero también considerando que su situación no le permitía haber adoptado una decisión diferente, ante la gravedad del cuadro infeccioso que presentaba, que requería necesariamente de ese tratamiento; consideramos adecuado reconocer a la reclamante una indemnización de 6.000 euros, cantidad que debe considerarse actualizada.

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

CONCLUSIÓN

Procede estimar parcialmente la reclamación presentada y reconocer una indemnización de 6.000 euros por la vulneración del derecho a la información de la reclamante, cantidad que debe considerarse actualizada.

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 5 de julio de 2022

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 446/22

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid