

Dictamen nº: **97/22**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **22.02.22**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 22 de febrero de 2022, 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. y D., en nombre y representación de su hijo menor de edad,, por los daños y perjuicios sufridos que atribuyen a la asistencia dispensada durante el embarazo, el parto y en los días posteriores al nacimiento del niño, en el Hospital General de Villalba.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 25 de febrero de 2020 las personas citadas en el encabezamiento, representadas por una abogada, presentan en una oficina de Correos una reclamación de responsabilidad patrimonial en la que solicitaban una indemnización por los daños y perjuicios sufridos debido a la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital General de Villalba.

En el escrito se relata que la reclamante, con fecha probable de parto el 24 de febrero de 2019, acudió a su primera visita de control

del embarazo al citado centro hospitalario el 18 de julio de 2018, realizándose la ecografía del primer trimestre el 14 de agosto de 2018. Detalla que la ecografía realizada el 9 de octubre siguiente mostró que la placenta presentaba grado de Grannum I y la realizada el 26 de diciembre grado de Grannum II, lo que significa, en su opinión, un envejecimiento prematuro de la placenta. Añade que dicho dato unido a un percentil que bajó considerablemente llegando a ser “*ajustado*” en la semana 35, hacían intuir desviaciones en la normalidad del embarazo lo suficientemente importantes y con la suficiente entidad como para que se hubiera llevado una mayor vigilancia, pues desde que la gestante acudió a Urgencias en la semana 32 no volvió a ser revisada hasta la semana 35, y en esta, con bastantes indicios de anormalidad, no se citó hasta la semana 40.

El escrito de reclamación reprocha el daño neurológico que pudo causar al feto el estado de la placenta, a lo que añade, la mala praxis en el parto, acaecido el 10 de febrero de 2019, al administrarse oxitocina sintética a la reclamante, sin su consentimiento. Asimismo, menciona una serie de irregularidades como que se rompiera la bolsa artificialmente y que no se administrara anestesia, a pesar de que conste que sí se administró en la historia clínica. Denuncia que el parto se vio acelerado por la rotura artificial de la bolsa y la administración de oxitocina, momento en que el feto empezó a sufrir bradicardias (sostiene que es un riesgo posible de la oxitocina sintética), lo que obligó a la ginecóloga a acelerar el parto y finalizarlo para evitar daños graves al feto.

Continuando con el relato fáctico de la reclamación, el escrito indica que, tras el parto, el niño empezó a tener paradas respiratorias que durante quince horas no fueron atendidas más que un par de veces y que no es hasta el día 12 de febrero cuando se realizan pruebas en las que se aprecia que pudiera existir “*daño o riesgo neurológico*”, por lo que se decidió el traslado al Hospital Clínico San

Carlos, pero sin ofrecer a la familia información sobre la evolución del niño y la causa.

El escrito continúa relatando que el niño permaneció ingresado en el Hospital Clínico San Carlos hasta el 25 de febrero, recibiendo el alta con los diagnósticos de hemorragia intraventricular con infarto venoso cerebral izquierdo, crisis sintomáticas secundarias a dicha lesión, hipoglucemia precoz e infección urinaria por E.coli.

Los reclamantes sostienen que no es hasta el 25 de marzo, en una revisión en el Servicio de Neonatología, cuando la familia empieza a hacerse una idea de que el niño iba a tener daños neurológicos importantes, pues hasta esa fecha nadie les había informado correctamente de cómo ir actuando y que no fue hasta el 20 de octubre de 2019, cuando se concedió al niño una discapacidad del 33%, el momento en que se confirmó que sufre retraso psicomotor y lesiones neuronales, así como problemas de visión, entre otros.

En virtud de lo expuesto solicitan una indemnización en cuantía que no concretan en espera de examinar la historia completa y de contar con el oportuno informe pericial.

El escrito de reclamación se acompaña con diversa documentación médica (folios 1 a 131 del expediente).

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

La reclamante, de 31 años de edad en la fecha de los hechos, acudió a su primera revisión por el embarazo del menor interesado el día 18 de julio de 2018 en el Hospital General de Villalba, anotándose como fecha probable de parto el día 24 de febrero de 2019. En esa primera visita, la edad gestacional era de 8+3 semanas y se reflejaron

en la historia clínica los siguientes datos: gestación única. CRL (Longitud craneocaudal) 22,2. Latido positivo. Corion envolvente. Ovario derecho eco normal. Endometrioma en ovario izquierdo de 31x29 mm ya conocido.

La segunda visita de la gestante tuvo lugar el 14 de agosto de 2018, con una edad gestacional de 12+2 semanas. En esa fecha la analítica fue normal y la ecografía arrojó los siguientes resultados: CRL 61,03 mm, acorde con 12+3 semanas de gestación. Latido positivo. Gestación única. No se objetivaron anomalías para la edad gestacional en la exploración. Tamaño fetal acorde a la amenorrea. Se realizó screening combinado del primer trimestre con el resultado de bajo riesgo.

El 9 de octubre de 2018, cuando la gestante se encontraba de 20+2 semanas, tuvo lugar la tercera visita de control del embarazo. En la ecografía se observó biometría fetal acorde con edad gestacional de 20+6, sin alteraciones, dentro de la normalidad. Placenta normoinsertada en cara posterior, de espesor y ecoestructura normal, con grado Grannum I. Líquido amniótico normal. Crecimiento fetal adecuado. En ese momento no se observaban anomalías morfológicas fetales.

Al día siguiente, 10 de octubre de 2018, la reclamante realizó visita a la matrona, que realizó la toma de constantes, dio recomendaciones sobre alimentación y ejercicio y diversa información acerca del plan de parto, teléfono de lactancia, escuela de padres, grupos de apoyo, etc.

La cuarta visita de control del embarazo tuvo lugar el 30 de noviembre de 2018, con una edad gestacional de 27+5 semanas. La reclamante presentaba buen estado general y estaba asintomática. La analítica fue normal, tanto bioquímica como sedimento. En la ecografía se apreciaron movimientos fetales presentes y placenta

normoinsertada en cara posterior. Líquido amniótico normal. El peso del feto era 1284 g (percentil 78).

La reclamante acudió a Urgencias del hospital el día 25 de diciembre del 2018, por presentar contracciones, sensación de pérdida de líquido amniótico y útero irritable, permaneciendo en observación hasta el día siguiente. En Urgencias se le realizó exploración clínica, ecografía, registro cardiotocográfico, analítica de sangre y cultivo de orina y vaginal. Los resultados fueron de cérvix cerrado, sin sangrado activo, sin amniorrea al valsava y amniosure negativo. La ecografía mostró resultados normales: feto en cefálica dorso izquierda, latido fetal y movimientos fetales, placenta normoinsertada posterior y líquido amniótico normal. Dinámica uterina irregular, de moderada intensidad, que percibía levemente. Se prescribió Celestone y se le administró la primera dosis. La dinámica uterina cedió con el reposo, pautando segunda dosis de Celestone a las 24 horas y progesterona vaginal de 200mg/día para evitar irritabilidad uterina, procediendo al alta al día siguiente. Al alta hospitalaria se recomendó acudir a la cita para la consulta de la semana 32 de embarazo y se explicaron los motivos de alarma por los que debía volver a Urgencias.

Con la edad gestacional de 32+5 semanas, la reclamante acudió a su quinta visita de control del embarazo el 4 de enero. Se le prescribió progesterona hasta la siguiente cita en la semana 35. Se realizó ecografía del tercer trimestre en la que se apreciaron movimientos cardiofetales positivos. El peso del feto era de 1952 g (acorde a 32 semanas), placenta grado Grannum II. Líquido amniótico normal.

La sexta visita del control del embarazo en la semana 35+1 tuvo lugar el 21 de enero 2019. Se anotó que la gestante percibía movimientos fetales. Las constantes eran normales, así como la analítica. En la ecografía se observó un peso fetal de 2.459 g, (acorde a una edad gestacional de 34+3), percentil “ajustado” 54. Placenta

normoinserada en localización posterior, de espesor y ecoestructura normal, grado Grannum II. Líquido amniótico en cantidad normal. En la orientación diagnóstica se anotó: gestación única, cefálica, latido positivo, crecimiento fetal adecuado. Se recomendó que en caso de presentar contracciones cada 5 minutos o menos, dolor abdominal intenso o sangrado vaginal, rotura de bolsa amniótica o no percepción de movimientos fetales en 6-8 h, que acudiera al Servicio de Urgencias. Se citó a la reclamante para revisión en la semana 40 de embarazo.

El 10 de febrero del 2019, la reclamante, que se encontraba en la semana 38 de gestación, comenzó con contracciones a las 5-6 de la madrugada, expulsando el tapón mucoso y algo de líquido, aunque no llegó a romper totalmente la bolsa. A las 13:53 horas acudió al Hospital General de Villalba siendo monitorizada con registro cardiotocográfico desde su llegada.

Al entrar en Urgencias tenía 3 cm de dilatación, bolsa rota espontáneamente desde las 5 de la madrugada (aunque se palpaba polo de bolsa), y borramiento del 80% del cuello uterino, con inicio de trabajo de parto espontáneo y en curso, por lo que quedó ingresada, pasando a paritorio a las 15:10 horas. Durante el trabajo de parto presentó un monitor reactivo y con buena variabilidad, sin bradicardias mantenidas.

A las 16:36 horas la matrona registra que se le rompió polo de la bolsa amniótica, y que fluía líquido claro. A las 16 horas comenzó la administración de oxitocina, subiendo la dosis a las 16:23 h y a las 17:10 horas, permaneciendo así hasta el expulsivo. Se le administró anestesia inhalada con Kalinox.

A las 18:23 horas se produjo el parto, sin anestesia epidural. El expulsivo duro 23 minutos, por lo que se definió como un parto precipitado. Durante ese periodo expulsivo el registro cardiotocográfico

mantuvo un basal de 120 lpm. Presentó deceleraciones variables secundarias a los pujos, avisando la matrona al ginecólogo y neonatólogo de guardia, siendo atendido el parto por la ginecóloga.

Nació un varón a las 38 semanas de edad gestacional, por parto eutócico tras 13 horas de bolsa rota espontánea con líquido claro, talla de 48 cm, peso de 2970 gramos, perímetro craneal de 32 cm, con Apgar 7/10 y Ph del cordón 7.11, con circular prieta no reducible del cordón, con reanimación tipo II: nace sin esfuerzo respiratorio e hipotonía, por lo que se inicia ventilación con mascarilla durante 20 segundos, recuperándose frecuencia cardíaca, presentando llanto espontáneo y esfuerzo respiratorio eficaz.

La evolución del puerperio inmediato, el día 10 de febrero de 2019, fue favorable y las constantes maternas normales; mantuvo útero contraído. A las 2 horas del alumbramiento la reclamante pasó a planta.

El día 11 de febrero de 2019, a las 7:30 horas, los padres avisaron a Enfermería porque el niño no respiraba bien. Fue valorado y estimulado inmediatamente por el neonatólogo, logrando recuperar la frecuencia cardíaca y la saturación de oxígeno.

Sobre las 10 horas de ese mismo día 11, el niño, durante un episodio de llanto, presentó disminución del esfuerzo respiratorio, cianosis perioral y palidez cutánea, que remitió tras la estimulación táctil. Se le realizó glucemia capilar con resultado de 26 mg/dl, por lo que al ser sintomática se decidió ingreso en Neonatología, administrándole glucosa intravenosa, con sospecha de sepsis precoz.

El niño presentó nuevo episodio de hipoglucemia a las 3 horas (glucemia de 15 mg/ml), precisando nuevos aportes de glucosa intravenosa. Se repitió un nuevo episodio de hipoglucemia, a pesar de

los aportes de glucosa, por lo que se le extrajo sangre para analítica, detectándose datos elevados. Se realizó gasometría, Rx de tórax y ECG y ecocardiograma, con resultados normales sin signos infecciosos en las analíticas.

El día 12 de febrero, el niño, tras un episodio de llanto, presentó de nuevo cese de la respiración, cianosis peribucal, disminución de la saturación de oxígeno e hipertonía de miembros con posterior temblor distal, que cedió en pocos segundos. Se realizó una exploración neurológica y un EEG, observando que podía haber daño neurológico, con actividad epileptiforme en región temporal izquierda y brotes generalizados epileptiformes. También se realizó una ecografía cerebral transfontanelar, que mostro hallazgos sugestivos de hematoma en sustancia blanca periventricular frontal izquierda con colapso de celda frontal ipsilateral. Se le administró bolo de fenobarbital intravenoso y se decidió el traslado del bebe a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Clínico San Carlos. El diagnostico al alta por traslado fue de recién nacido a término, de peso adecuado a la edad gestacional, hipoglucemia neonatal sintomática y riesgo neurológico: hematoma en sustancia blanca periventricular frontal izquierda con colapso de celda frontal ipsilateral. Actividad epileptiforme de alta persistencia en región frontal izquierda y brotes generalizados epileptiformes.

El día 13 de febrero del 2019, el recién nacido ingresó en el Hospital Clínico San Carlos. Se realizaron estudios de coagulación tanto al niño como a los padres con resultados dentro de la normalidad. Asimismo, se realizó EEG, detectando actividad epileptiforme, y una RNM cerebral, con hallazgos que sugerían hemorragia intraventricular bilateral y en el tercer ventrículo, así como intraparenquimatoso periventricular izquierdo y subcortical izquierdo, en lóbulo temporal, con infarto venoso cerebral izquierdo. Se administró fenobarbital y levetiracetam para conseguir la estabilización del niño. Permaneció en la UCI hasta el 21 de febrero y

luego en planta hasta el 25 de febrero, cuando recibió el alta con los siguientes diagnósticos: infarto venoso cerebral izquierdo con hemorragia intraventricular; crisis sintomáticas secundarias a lesión cerebral; hipoglucemia precoz sintomática; infección del tracto urinario por E. coli y criptorquidia derecha. Se entregaron citas para Neurología, Rehabilitación, Neonatología, gammagrafía renal y ecografía testicular y consulta de Nefrología.

El recién nacido fue visto en consultas externas de Neonatología el 28 de febrero de 2019, donde se anotó que el niño estaba en seguimiento por riesgo neurológico secundario a los diagnósticos establecidos al alta hospitalaria. Se realizó exploración y se pautó nuevo control para la revisión de resultados de EEG y ecografía trasfontanelar.

En la revisión de 25 de marzo de 2019 se pautó seguimiento en Atención Temprana y la realización de fisioterapia.

El niño es visto en el Servicio de Pediatría el 11 de abril de 2019, anotándose que el desarrollo neurológico era acorde con la edad cronológica del menor.

El 9 de septiembre de 2019, se anotan como diagnósticos los de infarto venoso cerebral izquierdo, crisis sintomáticas secundarias a lesión cerebral, criptorquidia derecha y dermatitis atópica.

El 18 de octubre de 2019, un centro de Atención Temprana, concertado con la Comunidad de Madrid, realiza un informe inicial de evaluación del niño en el que se concluye que *“con 8 meses 8 días de edad y diagnóstico de hemorragia intraventricular con infarto venoso cerebral izquierdo demuestra, en el momento actual, un retraso psicomotor en todas las áreas de desarrollo, con una edad de desarrollo global de 5M 18D según Escala de Desarrollo Brunet- Lézine R. Se*

evidencian limitaciones de carácter motriz asociadas a hemiparesia derecha, así como dificultades de respuesta al entorno físico y social, lo que a fecha de informe dificulta su desarrollo global. Atendiendo a las limitaciones descritas precisa apoyos terapéuticos de carácter global. Iniciará tratamiento en las unidades de estimulación y fisioterapia”.

En la revisión en el Servicio de Pediatría el 20 de noviembre de 2019 se anota como diagnóstico hemiparesia congénita derecha secundaria.

El 21 de febrero de 2020 el niño es visto en Neonatología. No presenta nuevos diagnósticos, continúa con hemiparesia derecha y está pendiente de cirugía de criptorquidia derecha.

TERCERO.- Presentada la reclamación, 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).

Consta que se dio traslado del inicio del expediente a los reclamantes, con el requerimiento de que acreditaran la relación de parentesco con el paciente y la representación del firmante del escrito de reclamación, y al Hospital General de Villalba, en cuanto centro concertado con la Comunidad de Madrid.

Figura en el expediente que los padres del niño aportaron el libro de familia y el escrito de reclamación, inicialmente presentado, firmado por ellos.

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica del Hospital General de Villalba y del Hospital Clínico San Carlos (folios 168 a 521).

El día 14 de agosto de 2020 emitió informe el jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital General de Villalba, en el que se

indica, en relación con el control del embarazo, que se realizó de manera correcta según el Protocolo de Seguimiento de Embarazo de Bajo Riesgo del hospital, pues según la historia clínica, la evolución del embarazo fue en todo momento normal y no se detectaron factores de riesgo ni patologías asociadas al embarazo que hiciesen necesario un control más estricto de la gestante. Aclara que la clasificación ecográfica de los grados de Grannum de la placenta no aporta datos en la práctica clínica sobre la función placentaria y de hecho no hay ninguna guía nacional o internacional que relacione los distintos grados de Grannum de la placenta con la función placentaria ni con la capacidad de valorar una insuficiencia placentaria. Añade que, en este caso, en las últimas ecografías previas al parto (a las 32 y a las 35 semanas, siendo el parto a las 38 semanas), realizadas en consulta con ecógrafos de última generación, describen la placenta como grado II, que es el más frecuente en el tercer trimestre y que no precisa de ningún tipo de control, por lo que la actuación fue correcta e incluso si en esas ecografías se hubiese realizado el diagnóstico de grado III (que no fue el caso), el de mayor grado, como hallazgo aislado, ninguna guía clínica contempla mayor seguimiento clínico. Además, incide en que el crecimiento fetal fue normal a lo largo de todo el embarazo y que, al nacimiento, el peso fue también normal para la semana 38.

En cuanto al parto, el informe explica que la reclamante acudió al Hospital General de Villalba por bolsa rota espontánea en su casa a las 5 horas de la madrugada y trabajo de parto espontáneo, que no hubo amniorexis artificial por parte de la matrona y que se recabó el consentimiento verbal para la administración de oxitocina y que dicha administración no evidenció cambios llamativos, existiendo buena variabilidad en el trazado cardiotocográfico indicativos de bienestar fetal.

El informe aclara que durante el periodo expulsivo se objetivaron deceleraciones variables con los pujos propias de este periodo manteniendo una línea basal con una FCF a 120 Lpm (es decir, normal) y con buena variabilidad. Explica que esas deceleraciones son propias de los pujos del periodo expulsivo y pueden ser más llamativas en los fetos que traen una circular de cordón no reducible como era el caso del niño, pero en ningún caso se objetivó bradicardia fetal mantenida. Subraya que el Apgar obtenido (7/10) al nacimiento y el pH fetal (7.11) son datos que apoyan que no hubo sufrimiento fetal en el parto.

El 28 de agosto de 2020 emitió informe el jefe del Servicio de Pediatría del Hospital General de Villalba en el que explica que no existe en la historia clínica ninguna anotación por parte de los facultativos de Pediatría ni tampoco por parte de Enfermería, de que el niño presentara ninguna sintomatología hasta las 7:30 horas del día 11 de febrero y que el episodio fue resuelto aparentemente sin incidencias. Ante un nuevo episodio, aproximadamente dos horas y media después, la actuación por parte de los profesionales sanitarios fue correcta y adecuada a los protocolos de manejo de la hipoglucemia neonatal de la Asociación Española de Pediatría, que era lo único que había que tratar en ese momento pues la sospecha de sepsis precoz no fue confirmada por las analíticas posteriores, motivo por el que se decidió no iniciar antibioterapia empírica. Aclara que no era preciso realizar un control de glucemia antes pues se trataba de un recién nacido sano y hasta entonces asintomático y aunque en el parto precisó reanimación mediante mascarilla durante escasos segundos, ello no supone una asfixia neonatal como tal, ni cumple los criterios esenciales para determinar que una asfixia pueda ser causante de un daño neurológico posterior. No obstante, la evolución clínica no fue satisfactoria y los valores de glucemia siguieron estando disminuidos, a pesar de los aportes adecuados de glucosa por vía intravenosa. Por dicho motivo, se iniciaron estudios pertinentes para averiguar las

posibles causas de una hipoglucemia mantenida, entre ellas una posible metabolopatía. Subraya que las crisis de hipertensión aparecieron posteriormente el día 12, motivo por el que se realizaron el electroencefalograma y las pruebas de imagen que detectaron las alteraciones cerebrales por las que se decidió trasladar al recién nacido a un hospital de alta complejidad.

El informe concluye señalando que la clínica de los infartos cerebrales venosos en recién nacidos se presenta de forma muy sutil y pueden pasar desapercibidos en el periodo neonatal diagnosticándose de forma tardía, de modo que considera que no existió ningún retraso en el diagnóstico, pues la realización de pruebas complementarias y los tratamientos prescritos fueron acordes con la aparición de los diferentes síntomas y se ajustó a las recomendaciones de los protocolos de Neonatología de la Asociación Española de Pediatría y de la Sociedad Española de Neonatología.

Consta también en el expediente el informe de la Inspección Sanitaria que tras analizar la historia clínica y los informes emitidos, así como realizar las oportunas consideraciones médicas, concluyó que el embarazo fue controlado como un embarazo de bajo riesgo, según los protocolos recomendados por la SEGO, pues no se observó ningún dato que alertara de un embarazo de alto riesgo; el grado placentario Grannun II en la semana 32 de gestación no es un dato significativo de insuficiencia placentaria ni de retraso de crecimiento intrauterino, dados los correctos y adecuados percentiles que presentaba el feto; durante el periodo de dilatación no se alteró el trazado cardiotocográfico en relación a la administración de oxitocina, ni a las contracciones secundarias; durante el expulsivo, en el trazado cardiotocográfico se detectaron deceleraciones, variables con los pujos, pero no hubo bradicardia fetal mantenida; el Apgar del recién nacido (7/10), al igual que el pH del cordón (7,11), indican que no hubo

ningún sufrimiento fetal durante el parto; no hay ningún dato sobre la etiología de la hipoglucemia del recién nacido; la secuencia diagnóstica fue acorde con la sintomatología que fue presentando el recién nacido; respecto al infarto venoso cerebral que sufrió el recién nacido, se desconoce el momento en el que se produjo y su etiología, ya que en la mayoría de casos la etiología es multifactorial, y suele haber un estado protrombótico previo, que por el momento se desconoce, con los datos que figuran en la historia clínica, según estudios realizados al bebé y a los padres. Por tanto, según la Inspección Sanitaria no se detecta ninguna relación causal entre la asistencia sanitaria recibida y la patología sufrida por el niño.

Una vez instruido el procedimiento se confirió trámite de audiencia a los reclamantes y al centro hospitalario.

Consta en el expediente que el Hospital General de Villalba formuló alegaciones en las que sostuvo que la actuación del centro hospitalario fue conforme a la *lex artis* con fundamento en los informes de los servicios implicados en el proceso asistencial del hijo de los reclamantes.

Finalmente, el 5 enero de 2022 se formuló propuesta de resolución en la que se desestimaba la reclamación al entender que la asistencia sanitaria dispensada fue conforme a la *lex artis*.

CUARTO.- El 17 de enero de 2022 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente 29/22 a la letrada vocal Dña. Ana Sofía Sánchez San Millán que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y

aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 22 de febrero de 2022.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

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

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, se regula en la LPAC de conformidad con su artículo 1.1, con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la LRJSP, en cuanto que recibió la asistencia sanitaria por la que se reclama. Igualmente cabe reconocer

legitimación activa a su hijo menor de edad, por la asistencia sanitaria que se reprocha, dispensada durante la gestación, el parto y tras el nacimiento. El niño actúa debidamente representado por sus progenitores a tenor de lo establecido en el artículo 162 del Código Civil que atribuye a los padres la representación legal de los hijos menores no emancipados. Se ha acreditado debidamente la relación de parentesco que liga a todos los reclamantes mediante copia del libro de familia.

Se observa que los reclamantes actuaron inicialmente representados por una abogada, si bien, una vez requeridos para que acreditaran la representación que ostentaba la firmante del escrito de reclamación, presentaron dicho escrito firmado por ellos, de lo que cabe deducir su voluntad de ratificar lo actuado por quién dijo representarles, y por tanto debe tenerse por convalidada dicha actuación (en este sentido nuestro Dictamen 650/21, de 21 de diciembre, con cita del Dictamen 73/14, de 12 de febrero del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid).

La legitimación pasiva resulta indiscutible que corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que la asistencia sanitaria se prestó por el Hospital General de Villalba, en virtud del concierto suscrito con la Comunidad de Madrid. Como hemos dicho reiteradamente, es imputable a la Administración sanitaria la responsabilidad por el funcionamiento de los servicios públicos en el seno de las prestaciones propias del Sistema Nacional de Salud, sea cual fuere la relación jurídica que la une al personal o establecimientos que directamente prestan esos servicios, sin perjuicio de la facultad de repetición que pudiera corresponder. En este sentido se manifestó el Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid (valgan por todos los dictámenes 211/12, de 11 de abril y el más reciente 13/15, de 21 de enero) y ha sido reiterado por esta Comisión Jurídica Asesora (Dictámenes 112/16, de 20 de mayo, 203/17, de 18 de mayo y

107/18, de 8 de marzo) asumiendo la reiterada doctrina del Tribunal Superior de Justicia de Madrid expresada, entre otras, en las sentencias de 30 de enero (recurso 1324/2004, Sala de lo contencioso-Administrativo, Sección 8ª) y de 6 de julio de 2010 (recurso 201/2006, Sala de lo Contencioso- Administrativo, Sección 9ª).

Debe tenerse en cuenta que actualmente, tras la derogación de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC), no existe un precepto equivalente a la disposición adicional duodécima de la citada norma. No obstante, se ha de considerar lo resuelto por la Sentencia de 22 de mayo de 2019 del Tribunal Superior de Justicia de Canarias (recurso de apelación 69/2019) al declarar:

“Lo más decisivo es que la gestión indirecta del servicio público de salud mediante un contrato público de gestión de servicios no elimina la responsabilidad directa del titular del servicio público que sigue siendo garante y responsable del funcionamiento del servicio en relación con los daños y perjuicios causados al perjudicado y beneficiario del mismo sin perjuicio de repetir contra el centro sanitario subcontratado cuya responsabilidad solidaria puede ser declarada por la Administración en el mismo proceso administrativo de responsabilidad patrimonial (STS 20 noviembre 2018).

No se trata sólo de la ejecución de un contrato administrativo por un contratista que perjudica a un tercero que ninguna relación jurídica tenía con la Administración contratante. La responsabilidad patrimonial se origina por la prestación de un servicio público por un particular, pero por cuenta y encargo de la Administración a quien le viene obligada su prestación y no se le

exime de responsabilidad ya que se enjuicia el servicio público mismo con independencia de quien lo preste”.

En cuanto al 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 (cfr. artículo 67.1 de la LPAC). En el presente caso, en el que se denuncian las secuelas sufridas por el hijo de los reclamantes como consecuencia de un defectuoso seguimiento del menor tanto en el embarazo como en el parto así como en la asistencia al menor en los días posteriores al nacimiento, ocurrido el alta hospitalaria del recién nacido el día 25 de febrero de 2019 cabe entender formulada en plazo la reclamación presentada el día 25 de febrero de 2020, y ello con independencia de la fecha de la curación o de determinación de las secuelas.

En cuanto al procedimiento, de acuerdo con el artículo 81 de la LPAC, se recabó el informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología y del Servicio de Pediatría del Hospital General de Villalba, implicados en el proceso asistencial de la reclamante y del menor interesado. También ha emitido informe la Inspección Sanitaria y se ha conferido el correspondiente trámite de audiencia a los reclamantes y al centro hospitalario. Finalmente, se ha redactado la propuesta de resolución en sentido desestimatorio de la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada.

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

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 106.2 de la Constitución Española y 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.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada de la que es exponente la Sentencia del Tribunal Supremo de 21 de marzo de 2018 (núm. rec. 5006/2016), requiere la concurrencia de varios requisitos:

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

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

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

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005) y otras sentencias allí recogidas, *“no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”*.

En concreto, cuando se trata de daños derivados de la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades

derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público porque el criterio de la actuación conforme a la denominada *lex artis* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios.

Así, el Tribunal Supremo, en doctrina reiterada en numerosas ocasiones (por todas, la STS de 15 de marzo de 2018, RC 1016/2016) ha señalado que *“no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente, por lo que si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido ya que la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados”*.

CUARTA.- En el presente caso, como hemos visto en los antecedentes, se reprocha un defectuoso seguimiento del embarazo, pues los reclamantes sostienen que existían datos, como el relativo al estado de la placenta, que obligaban a un control más estrecho de la evolución de la gestación. A dicho reproche, adicionan lo que califican como mala praxis en el parto al administrar oxitocina sintética a la reclamante, sin su consentimiento. Consideran que las secuelas que sufre el menor son consecuencia de dicha asistencia, a lo que suman un déficit de control del recién nacido en los días inmediatos tras el parto.

Expuestos los términos de la reclamación, y acreditado que el menor interesado padece unas secuelas de naturaleza neurológica, resulta esencial determinar si se produjo la infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales que atendieron la gestación y el parto del niño, así como por quienes le prestaron asistencia en los días posteriores al nacimiento, para lo cual 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. En este sentido, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de noviembre de 2019 (recurso 886/2017).

Como es sabido, y así lo destaca la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2020 (recurso 829/2017) *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica y este Tribunal carece de los conocimientos técnicos-médicos necesarios, por lo que debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos, bien porque las partes hayan aportado informes del perito de su elección al que hayan acudido o bien porque se hubiera solicitado la designación judicial de un perito a fin de que informe al Tribunal sobre los extremos solicitados”*.

En el presente caso, los reclamantes, más allá de sus afirmaciones, no aportan prueba alguna que acredite la existencia de mala praxis por los especialistas del Hospital General de Villalba, por el contrario, los informes médicos que obran en el expediente, contrastados con la historia clínica examinada ponen de manifiesto que la asistencia sanitaria dispensada fue conforme a la *lex artis*. En este sentido, resulta relevante lo informado por la Inspección Sanitaria, ya que como hemos señalado reiteradamente, actúa con

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 13 de septiembre de 2018 (recurso no 309/2016). Pues bien, en este caso, la Inspección Sanitaria concluye en su informe que la asistencia sanitaria puede considerarse correcta y adecuada a la *lex artis ad hoc*.

Así, por lo que se refiere al seguimiento del embarazo, los informes médicos coinciden en afirmar que el control de la gestación se llevó a cabo conforme a protocolo y a las guías clínicas existentes, dado que la evolución del embarazo, en contra de lo manifestado por los reclamantes, se considera que fue en todo momento normal y sin que se detectaran factores de riesgo ni patologías asociadas al embarazo que hiciesen necesario un control más estricto de la gestación.

En este sentido, la Inspección Sanitaria, en línea con lo expresado en el informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del centro hospitalario, desmiente las afirmaciones de los reclamantes sobre la existencia de datos que alertaran sobre la necesidad de un control más estricto. Así explica, en cuanto a la clasificación Grannum de la placenta, que no existe ninguna guía que relacione los grados Grannum con la función placentaria, ni con la capacidad de valorar una insuficiencia placentaria, sino que se trata de una clasificación ecográfica, puramente descriptiva, de las variaciones macroscópicas e imágenes ecográficas sufridas por la placenta a lo largo del embarazo, y además, en este caso, las ecografías realizadas la semana 32 y 35, describen la placenta como grado II, que es el más frecuente en el tercer trimestre, y que no precisa ningún tipo de control ni seguimiento clínico.

En cuanto a un posible retraso del crecimiento uterino, los informes médicos destacan que las ecografías realizadas en el

embarazo a la gestante, en las semanas 20, 27, 32 y 35 mostraron percentiles correctos, en ningún caso por debajo de 10, que es lo que pondría en alerta de un crecimiento intrautero retardado o una insuficiencia placentaria. En palabras de la Inspección Sanitaria, en este caso *“se puede afirmar que no había ningún dato de alerta de insuficiencia placentaria ni de crecimiento intrautero retardado”*. Como explica la Inspección Sanitaria, el peso del niño al nacimiento, ajustado a las tablas customizadas del hospital, 2.970 gramos, estaba en el percentil 54, por lo que es contundente al afirmar que su crecimiento fetal fue normal a lo largo del embarazo.

Por lo que se refiere a la asistencia en el parto, el informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología da una cumplida explicación de las actuaciones que se siguieron en el centro hospitalario, que se reputan como adecuadas en el informe de la Inspección Sanitaria.

Así se explica que la reclamante ingresó en el hospital con la bolsa rota desde las 5 horas de la madrugada y contracciones desde el día anterior. Fue explorada por el equipo de guardia que evidenció en la exploración la salida de líquido amniótico claro y 3 cm de dilatación. Se destaca que en ningún momento hubo amniorexis artificial por parte de la matrona, como sostiene la reclamación, puesto que la gestante ingresó por bolsa rota espontánea en su casa, aunque pudiera apreciarse al tacto un polo de bolsa en la exploración, que es el líquido retenido entre la membrana amniótica y el polo fetal, que según avanza el periodo de dilatación y con el descenso de la cabeza fetal se acaba rompiendo, lo que constituye la evolución natural de un parto y que es anotado por la matrona en el partograma cuando lo detecta, como ocurrió en este caso.

Respecto a la infusión intravenosa de oxitocina durante el periodo de dilatación, los informes médicos explican, con datos extraídos de la historia clínica que la administración de oxitocina comenzó a las 16

horas con 6ml/h, se subió la dosis a las 16:23 horas a 12ml/h y a las 17:10 horas a 24ml/h, manteniendo esta perfusión hasta el periodo expulsivo. Según los informes, si se valora el registro cardiotocográfico a lo largo del periodo de dilatación se observa un monitor reactivo, con buena variabilidad durante todo el trazado que indica bienestar fetal. Se explica que no se evidencian diferencias correlacionadas con las dosis de oxitocina y tampoco se evidencian cambios llamativos en las contracciones secundarias al uso de esta medicación. También se destaca que, aunque el periodo expulsivo se objetivan deceleraciones variables con los pujos, son propias de este periodo y pueden ser más llamativas en los fetos que traen una circular de cordón no reducible como era el caso, manteniendo una línea basal con una frecuencia cardiaca fetal a 120 lpm (es decir, normal) y con buena variabilidad. Los informes subrayan, en contra de lo manifestado por los interesados, que en ningún caso se objetivó bradicardia fetal mantenida y el Apgar obtenido al nacimiento y el pH fetal son datos que apoyan que no hubo sufrimiento fetal en el parto.

De lo expresado en los informes médicos se infiere que la administración de oxitocina no causó daño alguno ni influyó en el desarrollo del parto como pretende la reclamante, lo que resulta relevante en relación con el defecto de información alegado por la interesada. Es cierto que no consta anotado en la historia clínica que se recabara el consentimiento verbal que aduce el informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología, ni que se informara a la afectada de los riesgos y beneficios que derivaban de su aplicación. Además, no consta que se le proporcionara el documento de consentimiento informado correspondiente a una técnica que, según venimos considerando en nuestros dictámenes, debe reputarse como invasiva (así el Dictamen 10/21 de 19 de enero y el Dictamen 207/21, de 5 de mayo).

Ahora bien, como hemos expuesto anteriormente, de dicho acto no se colige ningún daño ni relación causal con el desarrollo del parto ni con las secuelas que padece el menor, por lo que no sería indemnizable. Así lo expresa con rotundidad la Inspección Sanitaria cuando señala que *“no se detecta ninguna relación causal entre la asistencia sanitaria recibida y la patología sufrida por el niño”*.

Cabe en este sentido traer a colación la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Murcia de 22 de febrero de 2019 (recurso 369/2017) en la que se cita la Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de mayo de 2011, (recurso 5067/2006), según la cual *“nuestra propia jurisprudencia ha evolucionado en esa cuestión del defecto u omisión del consentimiento informado desde una postura que lo reputaba en sí mismo constitutivo de un daño moral grave, distinto y ajeno al daño corporal derivado de la intervención y por tanto indemnizable (así, en la sentencia de 4 de abril de 2000), a otra que afirma como regla o principio que la mera falta o ausencia de aquél no es indemnizable si no concurre el elemento de la relación causal entre el acto médico y el daño constatado (así, entre otras, las sentencias de 26 de marzo de 2002 , 26 de febrero de 2004 , 14 de diciembre de 2005 , 23 de febrero de 2007, 1 de febrero y 19 de junio de 2008 , o las de nuestra Sala Primera, de lo Civil, de 23 de octubre de 2008 y 30 de junio de 2009)”*. De acuerdo con esta doctrina, la citada Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Murcia, en un caso similar al que nos ocupa, no considera indemnizable la falta de consentimiento pues, tal y como señala, *“la inducción al parto mediante el empleo de oxitocina es un tratamiento médico para estimular y mantener la dinámica uterina; el empleo y finalidad estaba indicado; de ello no se derivó daño alguno, esto es, no existe daño o lesión derivada de tal tratamiento. Se trata de un tratamiento médico plenamente coherente con la actuación médica llevada a cabo. La falta de un documento informativo ad hoc firmado*

por la paciente y por escrito sobre el empleo de oxitocina no fue determinante de daño alguno”.

Distinto es el caso contemplado en la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 14 de octubre de 2019 (recurso 798/2017), en la que se estima el defecto de información sobre la administración de oxitocina, pues en ese caso se materializó una complicación asociada a la misma como es la distocia de hombros, por lo que como dice la sala *“como tal complicación se produjo, la falta de consentimiento informado es relevante y da lugar a la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria”.*

En cuanto a la anestesia, que la interesada niega que se le administrara, el informe explica con datos extraídos de la historia clínica, que se utilizó anestesia inhalada con Kalinox para el alivio del dolor de las contracciones y que se utilizó anestesia local para suturar el desgarro de segundo grado tras el expulsivo. En este punto, como hemos recordado reiteradamente, habrá que estar a lo que en la historia clínica se recoge, pues, como han reconocido los tribunales de justicia, nos encontramos con un documento administrativo en el que los hechos, actos o estados de cosas que consten el mismo se han de tener por ciertos, salvo que otros medios de prueba desvirtúen la certeza de lo documentado (así Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla-León de 16 de noviembre de 2007 con cita de la Sentencia del Tribunal Supremo de 14 de febrero de 2006). Debe destacarse además que tan grave acusación de los interesados no se corresponde con su comportamiento, pues no consta que la falsedad que alegan haya sido denunciada ante la jurisdicción penal que es preferente a la jurisdicción contencioso- administrativa (en el mismo sentido nuestro Dictamen 567/18, de 27 de diciembre, con cita de la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León de 15 de junio de 2012).

Sobre el parto precipitado, el informe explica que la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia en sus recomendaciones sobre la asistencia al parto lo define como aquel que tiene lugar en un periodo menor a tres horas desde el inicio de las contracciones con patrón regular y aconseja la presencia de un ginecólogo y neonatólogo, por ello, en este caso, en el que se alcanzaron contracciones regulares a las 17:10 horas y el parto se produjo a las 18:23 horas, estuvieron ambos profesionales presentes, como está recomendado.

También se refiere al informe a los protocolos de asistencia al parto humanizado en los que se aconseja la no realización de episotomía profiláctica, como se procedió en este caso, sino que tras el parto se revisa el canal blando y se visualiza algún desgarro se sutura, lo que según afirma son las recomendaciones de todas las guías de práctica clínica al respecto, y en este caso se suturó con anestesia local como queda reflejado en la historia clínica.

En definitiva, a la luz de lo expresado en el informe del servicio implicado en la asistencia al parto de la reclamante, contrastado con la historia clínica y en particular, teniendo en cuenta el relevante criterio de la Inspección Sanitaria, para quién, la asistencia sanitaria dispensada durante el parto no merece ningún reproche, debemos concluir, a falta de otra prueba aportada por los interesados que desvirtúe dichas afirmaciones, que no se ha acreditado la mala praxis denunciada.

Resta por analizar el seguimiento que se realizó del menor en los días inmediatamente posteriores al parto. En este caso, de acuerdo con las alegaciones efectuadas por los reclamantes, lo relevante a la hora de enjuiciar la responsabilidad patrimonial es si se produjo la omisión de medios denunciada, pues como hemos señalado reiteradamente en nuestros dictámenes, en la medicina curativa nos encontramos ante obligaciones de medios y no de resultado, de tal

forma que se cumple la *lex artis* cuando se utilizan todos los medios (de diagnóstico, de tratamiento, etc.) de los que se dispone.

En este caso, la Inspección Sanitaria, en línea con lo informado por el Servicio de Pediatría, es clara al considerar en su informe que tal obligación de medios se cumplió de manera correcta, realizándose las pruebas diagnósticas en función de los signos y síntomas que fue presentando el niño en cada momento.

En este sentido se explica, de acuerdo con los datos que figuran en la historia clínica, que el primer episodio que el bebe presentó fue a las 7:30 horas del día 11 de febrero del 2019 (a las 15 horas de vida), no constando en la historia clínica ninguna crisis previa. Según destaca la Inspección Sanitaria, esta primera crisis fue resuelta sin incidencias. Ante un nuevo episodio a las 10 horas (2 horas y media más tarde), la Inspección Sanitaria subraya que el pediatra actuó de forma acorde a los protocolos de manejo de la hipoglucemia neonatal y se sospechó una sepsis neonatal, que no fue confirmada con la analítica, por lo que no se pauto antibioterapia. Subraya que se trataba de un niño presuntamente sano, que solo precisó reanimación con mascarilla al nacimiento, durante unos segundos, lo que no supone una asfixia neonatal, que pueda ser la causa de un posterior daño neurológico. Continúa explicando que el mismo 11 de febrero 2019, ante la hipoglucemia persistente, a pesar de la administración de glucosa, se iniciaron las pruebas para averiguar las posibles causas de la hipoglucemia mantenida, entre ellas una metabolopatía. Frente a la omisión de medios denunciada por los reclamantes destaca que se realizaron, entre otras pruebas, analítica, Rx de tórax, ECG o ecocardiograma. El día 12 de febrero del 2019 apareció un nuevo dato clínico, la crisis de hipertonia, motivo por el que se efectuó el EEG y la eco cerebral, que detectaron las alteraciones cerebrales, con evidencia de actividad epileptiforme, y hallazgos sugestivos de hematoma

cerebral, por lo que se decidió el traslado del recién nacido a una Unidad de Cuidados intensivos de un hospital de mayor complejidad.

Para la Inspección Sanitaria la realización de pruebas complementarias y tratamientos fueron acordes con la aparición de síntomas, según los protocolos de la Sociedad española de Neonatología, y a esta conclusión debemos atender, dada la relevancia que en línea con la jurisprudencia solemos otorgar al informe de la Inspección Sanitaria y que en este caso no ha sido desvirtuado por prueba alguna presentada por los reclamantes.

En definitiva, ante la falta de mejor criterio en contra, en cuanto a la asistencia sanitaria materialmente dispensada durante la gestación y el parto, así como en los días inmediatamente posteriores al nacimiento del niño, debemos compartir las conclusiones de la Inspección Sanitaria y, por tanto, considerarla ajustada a los parámetros de la *lex artis ad hoc*.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado infracción de la *lex artis* en la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital General de Villalba.

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 22 de febrero de 2022

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 97/22

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid