

Dictamen n.º: **247/24**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **09.05.24**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 9 de mayo de 2024, sobre la consulta formulada por la consejera 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 adelante “*los reclamantes*”), representados por una letrada, por los daños y perjuicios sufridos por el fallecimiento de su hija recién nacida, Dña., que atribuyen a la asistencia dispensada durante el embarazo y el parto, que tuvo lugar en el Hospital Universitario de Fuenlabrada.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 10 de junio de 2022 las personas citadas en el encabezamiento, asistidas por una abogada, presentaron en el registro del SERMAS, una reclamación de responsabilidad patrimonial en la que solicitaban una indemnización por los daños y perjuicios sufridos por el fallecimiento de su hija recién nacida, que atribuyen a la asistencia dispensada durante el embarazo y el parto, en el Hospital Universitario de Fuenlabrada.

Mantienen los reclamantes que, el fallecimiento de la pequeña se debió a la hipoxia padecida durante el alumbramiento, a cambios pulmonares secundarios a la aspiración de líquido amniótico, a lesiones hipóxico-isquémicos del sistema nervioso central y a una congestión visceral generalizada y que todas esas graves lesiones, se debieron a un deficiente seguimiento del embarazo y a una negligente asistencia en el proceso del parto.

En el escrito de reclamación relatan la asistencia dispensada y, en concreto, reprochan que cuando la paciente acudió a Urgencias el día 27 de septiembre de 2021, debía haber quedado ingresada, ya que era un embarazo a término y además se trataba de una paciente con alto riesgo obstétrico; y que, cuando ingresó y se comprobó que los registros no eran tranquilizadores, debían haber extraído de manera inmediata al feto, cosa que no hicieron, reputando que pretender que el parto fuera vaginal no fue lo correcto, ya que existían signos de alerta, como la monitorización, que mostraron cambios significativos que debieron inducir a la realización de una cesárea.

Finalmente, plantean que no consta en ninguno de los informes del historial clínico de la paciente la circunstancia de que el feto venía con una vuelta de cordón, siendo esa circunstancia fácilmente comprobable con una simple ecografía.

En virtud de lo expuesto solicitan los reclamantes una indemnización de 175.800€, más intereses legales y, además, el abono de los intereses del art. 20 de la Ley de Contrato de Seguro.

El escrito de reclamación se acompaña con diversa documentación médica (folios 1 a 23 del expediente).

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

La reclamante, de 33 años de edad en el momento de los hechos, desde el mes de enero de 2021, venía siendo objeto de seguimiento médico, por razón de su embarazo, en el Hospital Universitario de Fuenlabrada. Presentaba como antecedentes personales, tratamiento con Cimzia por psoriasis (tratamiento biológico apto para gestantes, según Dermatología).

Se le practicó la ecografía del 1er trimestre el día 16 de marzo de 2021, denotando una gestación de feto único, acorde con amenorrea. La fecha probable del parto se señaló el 26 de septiembre de 2021. Por sus patologías de base, estaba controlada, además de por el Servicio de Obstetricia, por el de Dermatología.

Se le realizaron los screening combinados para el diagnóstico prenatal del 1º trimestre (Sd. Down, Sd. Edwards), con rasgos de normalidad y riesgo bajo.

Se siguió controlando el embarazo en las subsiguientes consultas de Obstetricia y la ecografía del 2º trimestre, se le realizó el día 14 de mayo de 2021, a las 20 semanas + 6, sin que en la misma se observaran anomalías morfológicas fetales, siendo además el desarrollo y crecimiento del feto correcto.

Seguía la paciente en consultas de “Alto riesgo obstétrico”, por psoriasis, encontrándose en tratamiento con Certolizumab.

Acudió a Urgencias de Ginecología y Obstetricia, a las 24 semanas y 6 días, por molestias y, tras pruebas diagnósticas y analíticas, se concluyó que la gestación en curso era correcta.

El control ecográfico de la ecografía realizada en la semana 27+3, concluyó igualmente “Desarrollo correcto”, determinándose un peso fetal estimado correspondiente al percentil 24.

Acudió a Urgencias de Obstetricia el 3 de agosto de 2021, a las 12:19h, por sangrado genital, que se resolvió sin mayores complicaciones.

En la fecha 1 de septiembre de 2021, se le realizó la ecografía del 3° trimestre, encontrándose en la semana 36+4. Se le realizó además un estudio Doppler, el cálculo del peso fetal estimado en percentil 33, controles analíticos y las serologías del 3° trimestre.

Consta control de la matrona el día 7 de septiembre de 2021, a las 12:53h y monitorización el día 21 de septiembre de 2021, a las 09:19h, con las correspondientes exploraciones y la oportuna valoración del registro cardiotocográfico –RCTE-.

El seguimiento de la gestación se completó en la Consulta de Monitorización Fetal de Alto Riesgo. La última visita programada, tuvo lugar el día 21 de septiembre de 2021, realizándole una ecografía compatible con el peso fetal, que se estimó de 3.190 gr, correspondiente con el percentil 54 y comprobando la normalidad del RCTE, compatible con una situación de bienestar fetal.

En la fecha del 27 de septiembre del 2021, encontrándose en la semana 40+2, la paciente acudió al servicio de Urgencias por “*sensación de pérdida de líquido*”. Tras la exploración clínica pertinente, se valoró el RCTE, considerando que durante un fragmento de 13 minutos se producía escasa variabilidad y ausencia de ascensos, debiendo avisar al ginecólogo de guardia por ese motivo. Durante ese espacio de tiempo, el personal actuante le realizó cambios posturales, estimulación abdominal y le administró suero glucosado, normalizándose los registros de latido fetal, siendo la paciente dada de alta a domicilio.

El día siguiente, 28 de septiembre de 2021 a las 02:16h, acudió nuevamente la gestante al Servicio de Urgencias por presentar “rotura prematura de membranas”, constando el líquido claro.

De acuerdo a protocolo vigente, tras realizar un nuevo RCTE fetal, con resultado tranquilizador, se procedió al ingreso de la gestante en planta de hospitalización, para manejo conservador durante las siguientes 12 horas, en espera de completar la dilatación.

A las 10:40h, se avisa por sensación de contracciones y disminución de movimientos fetales, por lo que ante el comienzo espontáneo del parto y con 3 cm de dilatación se la pasó a paritorio para nueva monitorización fetal. En dicha monitorización se observó un RCTE con 3 deceleraciones tipo “variable”, con variabilidad conservada y frecuencia cardíaca fetal dentro de los límites normales.

La paciente se mantuvo en dilatación con monitorización fetal continua y trazado fetal tranquilizador y no constaron más incidencias hasta que a las 17:19h se objetivó un descenso de la frecuencia cardíaca fetal (bradicardia) auto limitada, de 4 minutos de duración y, posteriormente, se anotó un episodio de taquicardia fetal a 170lpm y deceleraciones variables en >50% de las contracciones, junto con sangrado leve. Se realizó una ecografía abdominal y TV, observando *“placenta lateral izquierda normoinserta, sin signos de desprendimiento”* y se indicó una toma de microtoma de sangre de calota fetal, conforme al protocolo de actuación, con resultado pH: 7.31 (normal), por lo que se mantuvo el proceso de dilatación aplicando oxitocina 3ml/h con observación estrecha de la paciente.

Consta un nuevo registro RCTG, efectuado por el ginecólogo de guardia, a las 18:24h.

Una posterior anotación a las 19:15h, reflejó una frecuencia cardíaca fetal de 150lpm, con deceleraciones variables típicas y dinámica irregular y sin sangrado activo. Se decidió continuar la vigilancia estrecha del proceso de dilatación y si persistían las deceleraciones, repetir microtoma. Se aplicó oxitocina a 6ml/h.

Ante la persistencia de dichas variables, sin decalaje, la aparición de fiebre -37.8°C - y teniendo en cuenta la correcta evolución de parto (dilatación en progreso, 8cm) se instauró antibioterapia intravenosa, con paracetamol y se repitió otra microtoma fetal a las 21:08h, que volvió a tener resultado normal: pH: 7.30h, exceso bases: 3.30 (normal), lactato 3.8 normal, compatible con bienestar fetal. Se continuó con el parto, en su evolución natural.

A las 21:50h, se anotó: *“Exploración dilatación completa. Iº plano. OIIA. No sangrado genital relevante. RCTE no tranquilizador con dudosa identificación de frecuencia cardíaca fetal basal, sin claras deceleraciones y con variabilidad conservada. Se decide prueba de parto inmediata”*.

En el Paritorio, el expulsivo total duró 22 minutos, durante los cuales que se realizó monitorización continua, con deceleraciones coincidentes con las contracciones, de rápida recuperación, con variabilidad mantenida y última frecuencia cardíaca fetal registrada a las 22:20h, fue de 130lpm.

A las 22:21h, se produjo el parto eutócico, con episiotomía y constancia del meconio posterior. Nació un feto, de sexo femenino, sin esfuerzo respiratorio y con palidez cutánea, que pasó a ser atendido inmediatamente por el Servicio de Neonatología.

Se anotaron los siguientes hallazgos: *“Circular reducible de cordón más bandolera y nudo verdadero, no apretado. Alumbramiento manual por rotura de cordón a la tracción en 4 minutos, con placenta*

íntegra. Se visualiza área de hematoma periférico de unos 4cm. (menos del 10% de la placenta), membranas íntegras. Se remite placenta a Anatomía Patológica.

Episiorrafia según técnica habitual. Sutura de desgarro grado I contralateral de 2 cm. Sangrado puerperal leve que cede con administración de 20UI de oxitocina. pH cordón umbilical 7,23. EB corregido -9,2. Hb fetal 15.4 Hcto fetal 46%”.

Las anotaciones recogidas en la historia clínica sobre el desarrollo de la reanimación, que llevaron a efecto tres doctoras, explican que encontraron a la recién nacida con extrema palidez cutánea, con ausencia de esfuerzo respiratorio, sin tono y que se aspiraron las secreciones meconiales, administrando presión inspiratoria máxima -PPI- de forma intermitente. Sin embargo, a los 7 minutos de vida ya no se auscultó latido, por lo que se inició masaje cardíaco y se administró adrenalina. A pesar de ello, la niña falleció a las 22:51 horas, del día 28 de septiembre del 2021.

Tras la realización de la autopsia fetal se comprobó que la niña había fallecido de *“hipoxia, por coloración cianótica de los labios y de las uñas y cambios pulmonares secundarios a la aspiración de líquido amniótico, datos hipóxico-isquémicos del SNC y de congestión visceral generalizada.*

Igualmente presentaba una impronta en el cuello compatible con circular de cordón umbilical que según la matrona estaba apretada al tórax y el cuello”.

La historia clínica también recoge anotaciones sobre el control del puerperio de la reclamante, a las 03:56h del día 29 septiembre 202, además de otras posteriores, que incluyen controles analíticos, exploraciones clínicas, revisiones y cuidados de Enfermería.

También constan revisiones y asistencias a cargo del Servicio de Psiquiatría, respecto de ambos progenitores, el día 30 septiembre 2021, a las 13:14h y otras posteriores en el mismo área, hasta el día 7 julio de 2022 –folios 50 al 64-.

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, con fecha 20 de junio de 2022, se dio traslado del inicio del expediente a los reclamantes, con indicación de la normativa aplicable y del sentido desestimatorio del eventual silencio. Efectuando igualmente un requerimiento para que se acreditase la legitimación del reclamante, aportando copia del libro de familia u certificaciones registrales de las que resultase acreditado dicho extremo, so pena de continuar únicamente el procedimiento con la reclamante.

El día 22 de junio, el reclamante aportó copia del libro de familia, donde resulta que es el esposo de la reclamante y padre de la recién nacida, fallecida.

A continuación se ha incorporado al procedimiento la historia clínica del Hospital Universitario de Fuenlabrada, comprensiva del seguimiento del embarazo, de los registros de la atención al parto, de los infructuosos trabajos de reanimación del bebé y de los posteriores cuidados del puerperio de la reclamante, así como de las asistencias psicológicas posteriores a ambos reclamantes -folios 50 al 272-.

También constan los resultados de la autopsia fetal, que recogió los siguientes datos y evidencias: *«Recién nacido femenino muerto en puerperio inmediato (según historia clínica) con los siguientes hallazgos anatomo-patológicos:*

· *Datos antropométricos concordantes con edad gestacional. Ausencia de malformaciones. Malposiciones externas e internas. Imperforaciones.*

· *Datos de la hipoxia: coloración cianótica de los labios, uñas. Cambios pulmonares secundarios a aspiración de líquido amniótico. Datos hipóxicoisquémicos del sistema nervioso central y congestión visceral generalizada.*

Impronta en el cuello, compatible con circular de cordón umbilical. Placenta del 3er trimestre con: Corioamnionitis aguda respuesta fetal grado 2, estadio 2 (funisitis con flebitis, arteritis umbilical, vasculitis coronica y respuesta materna estadio 2 grado 2. Membranas coriales con cambios reactivos por impregnación meconial (engrosamiento de la membrana basal, epitelio con cambio columnar, y vacuolas intracitoplasmáticas) “Hematoma retroplacentario marginal que compromete el 15% de la superficie. Hemorragia intervellositaria (0,9cm), corangioma (2cm), segmento de cordón umbilical recibido 15,7mm”.

El día 5 de julio de 2022, se ha emitido informe suscrito por el médico de Admisión del Hospital Universitario de Fuenlabrada y copia de los documentos en que se apoya -folios 253 al 277-, relatando la secuencia de las asistencias a la paciente durante su embarazo, a cargo de Ginecología: 12 citas, una anulada, hasta diciembre de 2020; 9 citas, una anulada, de enero hasta el 24 de junio de 2021 y un total de 11 citas de Psiquiatría, posteriores.

En cuanto a la documentación entregada desde Archivo, consta solicitud de 23 de noviembre de 2021, solicitando partograma, monitorización fetal y pruebas de Ph; el 29 de noviembre de 2021 solicitó partograma, monitorización fetal, pruebas de PH y pinza de cordón -el 23 de diciembre se le entregó documentación, además de la

explicación del responsable jurídico sobre la ausencia de la remisión del cordón, el 28 de septiembre de 2022 se le remitió la muestra del PH fetal y el consentimiento informado de la anestesia epidural-; el 2 de febrero de 2022, solicitó en dos ocasiones la historia clínica completa con el partograma, evolutivos médicos y de Enfermería, informes de todo tipo, notas médicas, hojas de cuidados de Enfermería, informe de *éxitus* y necropsia y registro de constantes y el día 17 de febrero se le entregó todo lo solicitado. El día 23 de febrero reprodujo la misma petición, y puestos en contacto con la afectada, se aclaró la situación, pues manifestó que ya la había recibido, entregándosele nuevamente en Atención al Paciente, el día 31 de marzo de 2022.

En cuanto a las cuestiones principales de la reclamación, el día 11 de julio de 2022 emitió un cumplido informe la jefa de Servicio de Ginecología y Obstetricia del hospital referenciado –folios 273 al 285-, en el que se indica que, el seguimiento realizado durante la gestación se ajustó en todo momento al protocolo de atención al embarazo vigente en ese servicio y recomendado por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, con visitas periódicas durante los tres trimestres de la gestación, con sus ecografías y analíticas correspondientes y las derivadas del diagnóstico Psoriasis en tratamiento con Certolizumab, de la gestante.

Explica que, el seguimiento se realizó en la Consulta de Alto Riesgo Obstétrico, de acuerdo con los antecedentes personales de la paciente (Psoriasis) y que el seguimiento de la gestación se completó en la Consulta de Monitorización Fetal de Alto Riesgo, siendo la última visita programada la del 21 de septiembre de 2022, con una ecografía compatible con el peso fetal correcto -peso estimado fetal 3190gr, percentil 54- y registro cardiotocográfico fetal también compatible con una situación de bienestar fetal y una nueva citación en consulta que

no se llegó a realizar, porque la paciente rompió la bolsa amniótica anteriormente.

Relata el informe la asistencia del día 27 de septiembre de 2021, donde dada la presencia en la ecografía obstétrica de cantidad de líquido amniótico normal, se descartó que la bolsa estuviera rota, pese a la impresión de la paciente, y; aunque el RCTE durante los 13 primeros minutos estaba alterado, finalmente se normalizó, resultando rigurosamente normal o tranquilizador en toda su longitud, según criterios de las Sociedades científicas más relevantes: FIGO, ACOG y NICE (con presencia de ascensos, variabilidad conservada y frecuencia cardíaca fetal dentro de los límites normales, en ausencia de dinámica uterina relevante).

Por lo expuesto, se afirma que el día 27 no existía motivo de ingreso hospitalario alguno, en contra del criterio de los reclamantes, ya que no se cumplía ningún criterio objetivo que así lo indicara, el parto no había comenzado y el feto presentaba signos claros de bienestar fetal.

En cuanto al desarrollo de la asistencia del día siguiente, cuando a las 02: 16 h la paciente regresó a Urgencias, esta vez sí, con rotura de la bolsa; el informe refiere con todo detalle, la evolución del proceso de dilatación con monitorización fetal continua y trazado fetal tranquilizador, según estándar de atención al parto en el medio hospitalario, sin incidencias destacables ya que, si bien se registraron 3 deceleraciones variables, en torno a las 10:40h y alguna bradicardia a las 17:19 h, durante 4 minutos; se descartó el malestar fetal por cuanto se comprobó la recuperación de la frecuencia cardíaca, la movilidad del feto y el Ph de la sangre de la calota fetal, que se tomó en dos ocasiones, con resultados normales.

Se destaca en este punto que, la determinación de pH de sangre calota fetal, constituye el método más preciso para evaluar el estado fetal intraparto, *“es el ‘gold estándar’ para el diagnóstico de acidosis fetal y tiene una finalidad clara, eliminar los falsos positivos de la monitorización con las menores pruebas e intervenciones innecesarias posibles. Es complementaria a la monitorización cardiotocográfica y determina de forma absoluta el estado de salud fetal”*.

Además, se precisa que, un registro “no tranquilizador” no es indicativo de cesárea emergente, de conformidad con los protocolos de las sociedades científicas en la materia, sino que precisa confirmación de la salud fetal mediante microtoma de calota.

Añade el informe que, las 21:50 h, cambió el criterio médico, puesto que, ante la persistencia en ese momento de un “no tranquilizador”, con trazado de ascensos “*dudosos*”, pero sin deceleraciones y la existencia de dilatación completa, tras haber confirmado el bienestar fetal en la 2º microtoma, se decidió realizar prueba de parto inmediata, con un tiempo de expulsivo de 22’, durante el que se objetivaron deceleraciones coincidentes con el pujo, con adecuada recuperación. Nació un bebé, de sexo femenino, que no realizó esfuerzo respiratorio y que, tras reanimación exhaustiva por parte de Servicio de Pediatría del hospital, falleció, determinándose producido un “fallecimiento neonatal”.

Según lo expuesto, y con absoluta independencia del resultado luctuoso, el informe indica que, el ingreso en Hospitalización Obstétrica y en Partorio al día 28, se efectuó en todo momento siguiendo los protocolos de atención al parto normal validados en el momento actual. La monitorización fetal fue continua y ante la presencia de deceleraciones tipo “*variable*” sin retraso con respecto a la contracción se confirmó el bienestar fetal en dos ocasiones.

Mientras tanto, la dilatación progresaba y presentaba un buen ritmo de evolución. Siendo conscientes que el trazado cardiotocográfico fetal presentaba dichas deceleraciones, en cuanto se alcanzó la dilatación completa (10 cm) se indicó prueba de parto en previsión de parto inminente y, efectivamente, el parto se produjo tras parto eutócico rápido (expulsivo de 22 minutos).

La gasometría de cordón de la recién nacida realizada a las 22:26h, mostró un pH arterial 7.23 (normal), lactato 5.9 (elevado), exceso de bases -9.0 (elevadas); todo ello compatible con un episodio de hipoxia aguda, pero incipiente, por lo que todavía no había causado alteración del pH.

Se apunta a que el momento del nacimiento el feto presentaba una circular de cordón al cuello floja, otra en bandolera alrededor del hombro y un nudo verdadero del cordón. Además, en la revisión protocolaria de la placenta se objetivó un hematoma, que afectaba al 10% de la placenta, sugestivo de un desprendimiento agudo de placenta.

Se precisa en el informe que, la presencia de circulares de cordón más o menos apretadas al cuello u otras partes fetales (en el caso que nos ocupan la circular se describe como “*reducible*”, es decir poco apretada) es habitual hasta en el 30% de los nacimientos y no condiciona la vía del parto, ni el expulsivo, cuando se ha comprobado el bienestar fetal mediante microtoma de sangre de la calota fetal. La observación de dichas circulares de cordón en cualquier ecografía prenatal, no constituye por tanto un hallazgo patológico, esa es la razón por la que no se reseñan en ningún informe de las ecografías obstétricas, se consideran hallazgos normales que cualquier matrona o ginecólogo sabe manejar. Además, sobre este asunto, el informe concluye que: “*en el caso que nos ocupan las circulares no estaban*

apretadas por lo que no parecen ser las causantes de la hipoxia neonatal”.

En cuanto a otros reproches de los reclamantes, se indica que:

-Los registros cardiotocográficos aportados son los incluidos íntegramente en la historia clínica digital de la paciente. Resultando de todo punto incierto que, que el monitor en el momento del expulsivo “*se desconectara, de manera inexplicable*” a las 22h, resultando que, la frecuencia cardiaca fetal se registró hasta las 22:21h (hora del nacimiento).

- Las gasometrías aportadas en la historia clínica que se realizaron dentro del mismo paritorio, están adecuadamente fechadas.

- Los mecanismos implicados en el desarrollo de la asfixia perinatal no siempre son conocidos y tienen carácter imprevisible, siendo imposibles de adelantar en el contexto de un seguimiento gestacional normal, con crecimiento fetal correcto y ningún otro signo de alarma. La presencia de circulares de cordón alrededor del cuello es un hecho frecuente que no suele ocasionar complicaciones. En algunos casos puede ocasionar asfixia fetal de forma aguda si están fuertemente apretadas al cuello fetal, pero esta situación no se dio en el caso de la hija fallecida de la demandante. No existe actualmente ningún procedimiento diagnóstico-terapéutico que pueda anticiparse a este hecho. Tampoco se puede prevenir un desprendimiento placentario.

- El hallazgo de un hematoma placentario que interesa al 10% de la superficie placentaria es compatible con la presencia de un desprendimiento agudo de placenta (*abruptio placentae*), que es una situación grave e impredecible, en la que la placenta se desprende parcialmente antes de que el feto nazca y que puede ocasionar un déficit en la oxigenación, hipoxia e incluso la muerte fetal de forma

impredicible. Finalmente, la doctora que suscribe el informe, en cuanto a la causa de la muerte por hipoxia del bebé, manifiesta: *“Este es el hecho que considero más plausible para explicar el desafortunado desenlace. Los resultados de la gasometría de cordón realizados al recién nacido fallecido, que muestran un aumento de lactato y exceso de bases, que no había afectado al pH, todavía, son concordantes con esta posibilidad y con los dos resultados de gasometría en calota fetal previos”.*

Añade que: *«tras la revisión de todo lo acontecido y el desgraciado resultado obtenido no puedo concluir que la paciente no fuese “adecuadamente atendida”, ya que en todo momento se siguieron los protocolos vigentes y se solicitaron todas las pruebas complementarias a nuestro alcance. Asimismo, se procuró un expulsivo rápido, nada más conseguirse la dilatación completa».*

Por tanto, en ocasiones, las complicaciones obstétricas pueden devenirse sin ninguna anticipación ni explicación. Por todo ello, se concluye que: *“La actuación del equipo ginecológico se ciñó a la evidencia científica y la lex artis”.*

Consta igualmente incorporado un informe de la responsable del Servicio de Pediatría del hospital, destacando que la Unidad e Neonatos del referido servicio del Hospital Universitario de Fuenlabrada, tiene un nivel asistencia IIIA, lo que implica una atención por parte del personal de Enfermería con experiencia en cuidados neonatales y la presencia de un pediatra con especialización en Neonatología, a fin de que quede garantizada la atención continuada en dicho ámbito, las 24 horas al día.

Igualmente, el informe relata su intervención en el proceso de reanimación de la recién nacida en este caso, explicando que la enfermera, a su llegada en el primer minuto de vida comprueba el

aspecto de la recién nacida, que presenta palidez generalizada, nulo esfuerzo respiratorio y bradicardia extrema, motivo por el cual se inician maniobras de reanimación.

Siguiendo las recomendaciones del Grupo de Reanimación Neonatal de la Sociedad Española de Neonatología (GRN SENEo) y de otras sociedades científicas (ILCOR), realizó estimulación táctil, aspiración de secreciones espesas de orofaringe (en ese momento se advierte que están teñidas ligeramente de meconio) y se inicia ventilación pulmonar con presión positiva intermitente.

En ese momento, dado el estado clínico de la recién nacida, se avisó al pediatra de guardia que continúa maniobras de reanimación. A los pocos minutos, acudió también el neonatólogo de guardia, a fin de abordar la reanimación avanzada.

Pese a todo, no se obtuvo respuesta clínica, llegando a ser indetectable el latido cardiaco, por lo que se efectuó intubación oro-traqueal (con administración de O² al 100%), realización de masaje cardiaco y administración de varias dosis de adrenalina intratraqueal. Tras la canalización de la vena umbilical, se realizó expansión con suero salino fisiológico, sangre y administración de nuevas dosis de adrenalina intravenosa.

Durante la reanimación se llevó a cabo monitorización con electrocardiograma sin registros de frecuencia cardiaca, salvo latidos secundarios al masaje cardiaco.

Añade que, el padre estuvo presente durante la reanimación del recién nacido, acorde con las recomendaciones de la GRN-SENeo y que, aunque esas mismas recomendaciones establecen que, sería razonable interrumpir las maniobras de reanimación tras 20 minutos, individualizando la decisión al caso, en esta situación, se mantuvieron durante 30 minutos, datando el fallecimiento a las 22:51 minutos.

Tras informar a los padres, se procedió a la atención a la familia y al confort del neonato fallecido, conforme al protocolo de *exitus* perinatal vigente en el servicio, permitiendo que ambos progenitores pudieran ver y permanecer con su hija según sus preferencias, manteniéndola en brazos el tiempo que desearon. A continuación se indica que, tras su autorización, se realizó la correspondiente autopsia y se extrajo muestra para estudio genético de enfermedades metabólicas por secuenciación masiva y estudio bioquímico de enfermedades metabólicas hereditarias, sin obtener ningún resultado concluyente y que, por todo ello y de conformidad con los datos objetivos, se considera que la causa más probable del fallecimiento fue la hipoxia secundaria al hallazgo compatible con el desprendimiento agudo de placenta, observado en el estudio placentario.

Se adjuntó a continuación el Protocolo de Atención al Recién Nacido Sano (a término y que no precisa reanimación), con referencia a los cuidados puerperales y el Protocolo de Exitus Neonatal -folios 209 al 318-.

El 14 de junio de 2023, realizaron los reclamantes una solicitud adicional, interesando el impulso del procedimiento y la remisión del Informe de la Inspección Médica.

El referido informe de la Inspección Sanitaria que, tras analizar la historia clínica y los informes emitidos, así como realizar las oportunas consideraciones médicas, fue emitido el día 13 de septiembre de 2023 -folios 323 al 354- y concluyó que “*la asistencia prestada en el Hospital de Fuenlabrada (Servicio de Obstetricia-Ginecología) ha sido correcta o adecuada a la lex-artis ad hoc, o no existe evidencia de que haya sido incorrecta o inadecuada*”.

Una vez instruido el procedimiento se confirió trámite de audiencia a los reclamantes, a través de su letrada, el día 26 de octubre de 2023.

Consta en el expediente que el 10 de noviembre de 2023, los reclamantes efectuaron su escrito de alegaciones finales, reiterándose en sus consideraciones y peticiones y en nuevo escrito de 21 de noviembre de 2023, se interesaron los originales de los registros cardiotocográficos.

Posteriormente, se incorporó certificación de la directora de Continuidad Asistencial del Hospital Universitario de Fuenlabrada y responsable del Área de Admisión Y Documentación del mismo, autentificando los documentos de la historia clínica, incluidos los referidos registros cardiotocográficos y que los mismos coinciden con el contenido recogido del aplicativo SELENE- respecto al RGTC- y con los archivos físicos del hospital -folio 370 y 371-.

Se concedió nuevo trámite de audiencia a los reclamantes, el día 9 de enero de 2024 y el 18 de enero, los interesados formularon escrito argumentaban que las copias remitidas no eran nítidas y por eso se solicitaba los originales, reiterándose en todas sus peticiones.

Finalmente, el 19 febrero de 2024, 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 13 de marzo de 2024, 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 159/24 a la letrada vocal Dña. Carmen cabañas Poveda que formuló y

firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 9 de mayo de 2024.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000€ y a solicitud de la consejera 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.

Los reclamantes ostentan 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 son los padres de

la menor fallecida, siendo su fallecimiento un daño moral exonerado de prueba. Además, las pretendidas deficiencias en el proceso asistencial durante el embarazo, por los que también se reclama, habrían afectado en primer término a la gestante.

La legitimación pasiva resulta indiscutible que corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que la asistencia sanitaria se prestó por el Hospital Universitario de Fuenlabrada, que forma parte de la red sanitaria dependiente del SERMAS.

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, producido el fallecimiento de la hija de los reclamantes el día 28 de septiembre de 2021, inmediatamente después del parto, y constanding presentaba la reclamación el día 10 de junio de 2022, cabe entender formulada en plazo legal la reclamación presentada.

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 Universitario de Fuenlabrada, implicados en el proceso asistencial de la reclamante y de la neonata fallecida. También ha emitido informe la Inspección Sanitaria y se ha conferido el correspondiente trámite de audiencia a los reclamantes, además de concederles otro trámite adicional, tras unirse la certificación de autenticidad y complitud de la documentación remitida por el hospital, por parte de la directora de Continuidad Asistencial del Hospital Universitario de Fuenlabrada y responsable asimismo del Área de Admisión y Documentación. 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 de

la reclamante, con mención explícita a la falta de mención previa de que el feto presentaba una vuelta de cordón y a la circunstancia de que el día 27 de septiembre de 2021, no hubiera quedado ya ingresada la gestante para comenzar el trabajo de parto. Además, en cuanto a la asistencia durante el proceso de dilatación y parto, reprochan que no se adoptará la decisión de efectuar una cesárea, tan pronto cuando los registros cardiotocográficos denotaron alteraciones, pues consideran que así se hubiera salvado la vida de la recién nacida.

Finalmente, apuntan irregularidades en el registro y/o remisión de los datos cardiotocográficos.

Expuestos los términos de la reclamación, 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 Universitario de Fuenlabrada.

Por el contrario, constan cumplidas explicaciones técnicas en los informes incorporados al procedimiento, justificando cada una de las decisiones adoptadas en el seguimiento y en el proceso del parto que, contrastados con la historia clínica examinada, ponen de manifiesto que la asistencia sanitaria dispensada fue conforme a la *lex artis*.

En este sentido, resulta igualmente 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, a pesar del riesgo que implicaba el que la gestante sufriera psoriasis en tratamiento con Certolizumab, fue en todo momento normal, siendo objeto –preventivamente– de un estrecho seguimiento en la Consulta de Alto Riesgo Obstétrico y, en los momentos más cercanos al alumbramiento, en la Consulta de Monitorización Fetal de Alto Riesgo, del Hospital Universitario de Fuenlabrada.

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 de la necesidad de

programar una cesárea o de efectuarla en las asistencias de los días 27 o 28 de septiembre de 2021.

En cuanto al día 27 de septiembre, se destaca que en ese momento se confirmó que no se había producido la rotura de membranas, ya que la cantidad de líquido amniótico era normal y, aunque durante los primeros 13 minutos del registro de la monitorización del bebé no se constataron ascensos, posteriormente el registro cardiotocográfico resultó completamente normal o “*tranquilizador*”, en toda su longitud, según los criterios de las sociedades científicas más relevantes: FIGO, ACOG y NICE, denotando presencia de ascensos, variabilidad conservada y frecuencia cardíaca fetal, dentro de límites normales en ausencia de dinámica uterina relevante.

Explica la Inspección Sanitaria que, según esas mismas sociedades científicas, los patrones cardiotocográficos de pérdida de bienestar fetal o registro de frecuencia cardíaca “*no tranquilizadora*”, son:

- Línea de base 100-120 latidos por minuto sin aceleraciones > 15lat/minuto durante 15 segundos.
- Línea de base > 100 lat/minuto.
- Taquicardia > 160 lat/minuto con variabilidad > 5 lat/minuto.
- Disminución de la variabilidad < menos de 5 lat/minuto durante más de 30 minutos.
- Aumento de la variabilidad (más de 25 lat/minuto durante más de 30 minutos).

Tales circunstancias no concurrían en este caso, en los registros del día 27 de septiembre, según resulta de la historia clínica.

Precisa igualmente la Inspección, que el 70% de los fetos presentan a lo largo del parto un trazado de la frecuencia cardiaca fetal -FCF- normal 120-160 latidos/minuto, con variabilidad latido a latido mínima o moderada con/sin aceleraciones, pudiendo presentarse deceleraciones variables leves. El 30% restante presenta un patrón compatible con la terminología actual de riesgo de pérdida de bienestar fetal -RPBF- pero, aunque la cardiotocografía tiene una sensibilidad de más del 95%, para predecir acidosis fetal tiene una baja especificidad y por ello, una “tasa alta de falsos positivos”. De esa forma, la vigilancia fetal intraparto mediante el estudio de la FCF fetal constituye un método continuo no invasivo y con un alto valor predictivo, pero únicamente negativo.

Así las cosas, ante un patrón FCF no tranquilizador, la conducta inmediata debida incluye el inicio o el mantenimiento de la monitorización electrónica continua y la identificación de posibles causas reversibles de la irregularidad. Entre los tratamientos para las causas reversibles tenemos: el aporte de oxígeno materno, los cambios posturales, el aumento del volumen intravascular, el cese de la oxitocina, el tratamiento tocolítico y la amnioinfusión.

Además, se explica en el referido informe de la Inspección Sanitaria que, el método para descartar falsos positivos de la eventual pérdida de bienestar fetal (que llegan a alcanzar el 50-70% de los casos), pasa por efectuar la determinación del pH en el cuero cabelludo fetal, que se considera el indicador más fiable y el parámetro que mejor sustenta la indicación de una finalización inmediata del parto, debido a RPBF. En cuanto a los valores que se obtengan, se precisa que, para que se produzca “daño neurológico” el pH debe ser menor de 7.0, y el déficit de bases debe ser mayor o igual a 12mm/l.

Por tanto, establece la Inspección: *“un registro no tranquilizador no es indicativo de cesárea emergente, sino que precisa confirmación de la salud fetal mediante ‘microtoma de la calota’ y este procedimiento fue realizado en dos ocasiones y tuvo resultados normales, que no son en nada contradictorios. Se siguieron los protocolos vigentes. La gasometría del cordón fetal también resultó normal (7.23), de nuevo resultado concordante con muestras anteriores”*.

A la luz de todas esas premisas médicas, se puede establecer ya que, en este caso, pese al fatal desenlace, las decisiones terapéuticas se acomodaron a las recomendaciones de las principales guías médicas de actuación en el proceso del parto, al constar la monitorización fetal continua, 2 microtomías de la calota fetal, con resultados normales y, en el momento en que concurrió la presencia de algo de fiebre en la gestante y se obtuvo la suficiente dilatación, desarrollar la atención al expulsivo de forma rápida y expeditiva -en 20’-.

Sobre el desarrollo final del parto, la responsable de Ginecología y Obstetricia, explicó en su informe que: *“El expulsivo fue atendido por ginecólogos expertos, y duró 20 minutos, duración menor a lo habitual. No se realizó ‘tocurgia’ porque el descenso fetal con el pujo era satisfactorio y no estaba indicada su aplicación, que por otra parte tenía sus riesgos derivados.*

La realización de una cesárea hubiese consumido más tiempo que 20 minutos, y en el caso de un feto que desciende adecuadamente por el canal del parto no está exenta de complicaciones, cuando la cabeza fetal está muy encajada. La actitud correcta a seguir en el caso de R.C. Tocográfico patológico o no tranquilizador es finalizar el parto de la forma más fisiológica y más rápida, en este caso la vía vaginal y ayudada por los pujos maternos. El tiempo de indicación para la

realización de cesárea emergente-urgente aceptado por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) es de 20-30 minutos”.

Las maniobras desarrolladas para procurar la reanimación de la recién nacida, también fueron correctas y extremadamente minuciosas. Así, siguiendo las recomendaciones del Grupo de Reanimación Neonatal de la Sociedad Española de Neonatología (GRN SENEo) y de otras sociedades científicas (ILCOR), una vez nacida la bebé, se le realizó estimulación táctil, aspiración de secreciones espesas de orofaringe (en ese momento se advierte que están teñidas ligeramente de meconio) y se inició ventilación pulmonar con presión positiva intermitente. Se avisó al pediatra de guardia que continuó las maniobras de reanimación y, a los pocos minutos acudió también el neonatólogo de guardia, a fin de abordar la reanimación avanzada. No se obtuvo respuesta clínica, llegando a ser indetectable el latido cardíaco, por lo que se realizó intubación orotraqueal (con administración de O₂ al 100%), masaje cardíaco y administración de varias dosis de adrenalina intratraqueal.

Tras la canalización de la vena umbilical, se realizó además expansión con suero salino fisiológico, sangre y administración de nuevas dosis de adrenalina intravenosa.

Durante toda la reanimación se llevó acabo monitorización con electrocardiograma, sin registros de frecuencia cardíaca, salvo latidos secundarios al masaje cardíaco.

Se realizó posteriormente el estudio de la autopsia fetal, de acuerdo con la “Guía de asistencia de la muerte perinatal. Programación de Obstetricia y Ginecología 2021”, debidamente incorporada al expediente.

A la luz de sus evidencias y concretando las posibles causas del fallecimiento en el supuesto analizado, la Inspección coincide con la

responsable de Ginecología y Obstetricia del hospital, indicando que, el hallazgo de un hematoma placentario que interesaba al 10% de la superficie placentaria, era compatible con la presencia de un desprendimiento agudo de placenta (*abruptio placenta*), que es una causa grave e impredecible, situación en que la placenta se desprende parcialmente antes de que el feto nazca, y que puede ocasionar un déficit en la oxigenación de hipoxia, e incluso de muerte fetal de forma impredecible.

Además, los datos del estudio anatómo-patológico de la placenta, resultaron igualmente compatibles con la hipótesis causal del desprendimiento agudo de placenta.

Para completar el estudio etiológico *post mortem*, finalmente, se extrajo muestra para estudio genético de enfermedades metabólicas para secuenciación masiva, y estudio bioquímico de enfermedades metabólicas hereditarias, sin obtener ningún resultado concluyente.

Finalmente, en cuanto a las manifestaciones de los reclamantes sobre las supuestas irregularidades de los registros cardiotocográficos incorporados a la historia clínica, debemos recordar que se certificó por el responsable que la frecuencia cardíaca fetal se registró hasta las 22:21 horas y que, no era cierto que el monitor, en el momento del expulsivo, se desconectara de manera inexplicable a las 22 horas.

Por lo demás, como viene indicando esta Comisión –así en el dictamen 140/21, de 23 de marzo, entre otros-, el artículo 15 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, establece la exigencia de veracidad en la historia clínica. Si se alterase de forma intencionada un dato sustancial de la misma estaríamos sin duda ante un ilícito penal cuyo conocimiento compete a la jurisdicción penal, y excede del presente

procedimiento, circunscrito al ámbito estricto de la responsabilidad patrimonial. Debe destacarse además que tan grave acusación no consta 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).

Por tanto, mientras no se declarase probada por el órgano judicial competente la alegada falsificación/alteración del citado registro, debe tenerse por verdadero y completo a todos los efectos.

En definitiva, ante la falta de mejor criterio en contra, en cuanto a la asistencia sanitaria materialmente dispensada durante la gestación y el parto analizados, debemos compartir las conclusiones de la Inspección Sanitaria que establece que, la asistencia prestada en el Hospital Universitario de Fuenlabrada, pese a su triste resultado, *“ha sido correcta o adecuada a la lex artis ad hoc, o no existe evidencia de que haya sido incorrecta o inadecuada”*.

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 Universitario de Fuenlabrada.

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 9 de mayo de 2024

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 247/24

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid