

Dictamen n.º: **658/25**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **10.12.25**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 10 de diciembre de 2025, 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 su propio nombre y en representación de su hija menor,, por los daños y perjuicios sufridos por la ausencia de diagnóstico durante el embarazo del síndrome de Down de la niña, en el Hospital, de

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 24 de noviembre de 2023, quien dice representar a las personas citadas en el encabezamiento, presentó un formulario de reclamación de responsabilidad patrimonial, fijando como fecha del hecho alegado el 26 de noviembre de 2022, en el Hospital (en adelante, el hospital) y como lugar secundario, el centro integral de diagnóstico y tratamiento “.....”, de

Como descripción de los hechos figura que la reclamante acudió a los referidos centros sanitarios para el seguimiento de su embarazo, realizándose todas las pruebas que le indicaron, *“informándola siempre de*

normalidad”. Tras el parto, el día 26 de noviembre de 2022, su hija fue diagnosticada de síndrome de Down. Asimismo, se señala que la niña padece varias afecciones físicas y, en la actualidad, está pendiente de pruebas y tratamientos.

Se solicita una indemnización de 1.200.000 €. Se adjunta con la reclamación, copia del libro de familia.

SEGUNDO.- Del estudio del expediente resultan los siguientes hechos de interés -todos ellos, en el hospital- para la emisión del dictamen:

La reclamante, de 40 años de edad en el momento de los hechos, acude a Urgencias el 7 de abril de 2022, por mal estado general, y tras las pruebas oportunas, resulta un test de embarazo positivo.

Acude a la primera consulta de Obstetricia el día 3 de mayo de 2022 (folios 53 y ss. del expediente). Como factor de riesgo se anota: edad materna. Se realizó ecografía, cuyo informe detalla: gestación única; percentil: 21.8. Gestación: 8+1 semanas. Placenta implantada en corion universal. Líquido amniótico, normal. *“En este momento no se observan otras anomalías morfológicas fetales mayores, si bien no pueden descartarse las que no tienen expresión ecográfica o se presentan de forma tardía. La sensibilidad de la técnica oscila entre el 60-80%”*. Además, se detectó un mioma de 13 mm en la parte anterior del útero y el istmo.

El informe ecográfico del primer trimestre es de fecha 6 de junio de 2022, a las 12+5 semanas de gestación (folios 64 y 65): feto único dentro del útero, con latido cardíaco presente, la longitud del feto (CRL) 64 mm. Percentil: 49.3; placenta ubicada en la parte posterior del cuello uterino y el líquido amniótico es normal. Índice de riesgo combinado aneuploidias y bioquímica: Translucencia nuchal: 1.3 mm (CRL 45-84 mm). DV: anterogrado. Mioma en la parte posterior del útero de 49 x 40 mm.

“En este momento no se observan otras anomalías morfológicas fetales mayores, si bien no pueden descartarse las que no tienen expresión ecográfica o se presentan de forma tardía. La sensibilidad de la técnica oscila entre el 60-80%”.

El 25 de junio a las 16.06 horas, la paciente acude a Urgencias Ginecológicas, gestante de 16 semanas, por dolor abdominal punzante de una semana de evolución sin mejoría con analgesia en domicilio. Sin sangrado vaginal. Refiere *“disuria, tenesmo vesical y polaquiuria”*. Sin alteraciones ginecológicas. La exploración física muestra tonos fetales positivos. Genitales y vagina, buen aspecto. Sin metrorragia. Sin amniorrea. Cérvix impresiona de cerrado. La ecografía abdominal visualiza un mioma de 51x39mm en cara posterior. *“Feto único en longitudinal podálica. MCF+. MF+. Placenta normoinserta en cara posterior. Líquido amniótico en cantidad normal”*. Alta con recomendaciones.

El informe ecográfico del segundo/tercer trimestre es de fecha 27 de julio de 2022 (folios 71 y ss.) a las 20 semanas+0 días de gestación. Presentación cefálica, movimientos fetales positivos. Líquido amniótico: normal. Cordón: 3 vasos. *“En este momento no se observan otras anomalías morfológicas fetales mayores, si bien no pueden descartarse las que no tienen expresión ecográfica o se presentan de forma tardía. La sensibilidad de la técnica oscila entre el 60-80%”*. Sexo: femenino. Se realiza estudio Doppler materno-fetal, y el juicio diagnóstico es de gestación única normo-evolutiva, con ausencia de malformaciones fetales y con biometrías que se corresponden con la amenorrea.

La paciente acude a la consulta del Servicio de Endocrinología el 29 de septiembre, gestante de 29+5 semanas, por diabetes gestacional. Se le pauta dieta y hacer ejercicio. Hay una segunda consulta en dicho servicio, el 20 de octubre. *“Peso: 68.8 kg. TA: 103/66. Ecografía fetal CABf 296. Líquido amniótico, normal”*. Se mantiene el diagnóstico de diabetes mellitus gestacional y se pauta seguir con la dieta.

El 20 de octubre de 2022, se emite el informe ecográfico de la gestación correspondiente a 32+1 día (folio 90) con los movimientos fetales positivos, presentación cefálica, líquido amniótico normal. (...) *“En este momento no se observan otras anomalías morfológicas fetales mayores, si bien no pueden descartarse las que no tienen expresión ecográfica o se presentan de forma tardía. La sensibilidad de la técnica oscila entre el 60-80%”.*

El 10 de noviembre de 2022, se informa el estudio ecográfico del tercer trimestre (folio 100) correspondiente a las 35 semanas+1 día. *“En este momento no se observan otras anomalías morfológicas fetales mayores, si bien no pueden descartarse las que no tienen expresión ecográfica o se presentan de forma tardía. La sensibilidad de la técnica oscila entre el 60-80%”.*

Ese día, a las 15.57 horas, la paciente acude a Urgencias del hospital, gestante de 35 semanas y 5 días, derivada por el Centro “.....” para realizarse un test ActimProm, con el fin de detectar una rotura prematura de membranas. Refiere sensación de pérdida de líquido claro, no maloliente, con una semana de evolución. En la exploración física, el peso en se momento es de 68,8 kg, no presenta sangrado vaginal. Percibe movimientos fetales. No percibe dinámica uterina, no nota contracciones. Genitales externos y vagina de buen aspecto, cuello del útero cerrado, formado y en posición posterior. No hay signos de parto inminente. El juicio clínico es de gestación en curso: feto único en posición longitudinal cefálica, con latido fetal positivo (MCF+) y movimientos fetales presentes (MF+), sin dinámica uterina. La placenta está bien situada y el líquido amniótico es normal. El test ActimProm es negativo, descartando rotura prematura de membranas. Registro cardiotocográfico: frecuencia cardíaca fetal (FC) basal de 140 lpm, con patrón reactivo.

El 22 de noviembre de 2022, el informe del estudio ecográfico del tercer trimestre, a las 37 semanas 3 días. *“En este momento no se observan*

otras anomalías morfológicas fetales mayores, si bien no pueden descartarse las que no tienen expresión ecográfica o se presentan de forma tardía. La sensibilidad de la técnica oscila entre el 60-80%” (folio 109).

El 24 de noviembre a las 20.08 horas, la paciente acude a Urgencias por dinámica uterina, gestante de 37+5 semanas. Registro toco cardiográfico: 130 lpm. Se le da de alta, con recomendaciones.

El 26 de noviembre de 2022, a las 7.23 horas, acude a Urgencias del hospital por contracciones, gestante de 38 semanas. “ECO ABO: Feto único en longitudinal cefálica. MCF+. MF+. Placenta normoinserta en canto izquierdo. LA en cantidad normal. RCTG: feto reactivo a 125 lpm. Variabilidad ondulatoria normal. Ascenso sí. Descensos no. DU, cada 10 minutos”.

La paciente queda ingresada en la planta de Obstetricia (folios 119 y ss.). Firma el documento de consentimiento informado para la analgesia epidural para el parto.

El parto es espontáneo, por cesárea urgente debido al riesgo de pérdida de bienestar fetal. Extracción: manual. Cordón umbilical: normal. A las 18.35 horas, nace una niña. Test de Apgar al minuto de vida: 8; y a los 5 minutos de vida: 9. Peso: 2920 gr Longitud: 47 cm. Al nacimiento, sospecha de trisomía 21 (síndrome de Down).

La recién nacida pasa al Servicio de Pediatría: peso adecuado para la edad gestacional. Diagnósticos: hipoglucemia precoz: nivel bajo de glucosa en sangre. Policitemia: aumento anormal del número de glóbulos rojos en sangre. Sospecha de trisomía 21: posible síndrome de Down (...). Se realiza el cariotipo para la trisomía 21, que la confirma.

La niña y su madre permanecen ingresadas hasta el 2 de diciembre de 2022 (folios 188 a 194), en que se da el alta a domicilio con recomendaciones, e información sobre la, en

En cuanto a la evolución inmediata posterior, hay un informe del Servicio de Pediatría relativo a la primera consulta de la menor el 10 de enero de 2023 en Cardiología, en cuyas observaciones figura: “*embarazo controlado con ecografías normales. SGB negativo. Serologías: Cribado de cromosopatías de bajo riesgo. Patología materna: edad materna: 40 años. Diabetes gestacional en tratamiento, con dieta (...)*”.

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).

Mediante diligencia de instrucción, que consta notificada al representante de los reclamantes, se le comunica la incoación del procedimiento, la normativa aplicable y el sentido negativo del eventual silencio. Además, se le requiere para que acredite la representación, por cualquier medio válido de derecho.

El 12 de diciembre de 2023, la reclamante presenta el formulario de solicitud de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario firmada por ella, y únicamente cumplimentado con sus datos.

Se adjunta un escrito de 24 de noviembre de 2023, dirigido por burofax a la Compañía Aseguradora del SERMAS, firmado por ambos reclamantes en el que se manifiesta que renuncian al abogado designado y que reclaman “*los importes que correspondan en concepto de daños y perjuicios por la asistencia sanitaria durante el embarazo y parto*” en el hospital y en el centro integral de diagnóstico y tratamiento “.....”. Y, además, copia del NIE de la madre y copia del documento de identidad de Rumanía del padre.

Se ha incorporado la historia clínica de la paciente en el hospital, que contiene los informes sobre las ecografías realizadas en el centro integral de diagnóstico y tratamiento “.....”.

Junto a dicha documentación, se remite un informe suscrito por el jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del hospital, en el que refiere que la paciente siguió los controles en Obstetricia durante todo su embarazo, que fueron normales; y en la semana 26 se detectó diabetes gestacional, manteniendo controles glucémicos adecuados.

“El estudio del cribado de riesgo de cromosomopatías del primer trimestre realizado a las 12+5 semanas tuvo como resultado un bajo riesgo (síndrome de Down, riesgo 1:877, trisomías 18 y 13 < 1:10.000). Este índice de riesgo, tal y como se indica en el informe, es un dato de valor estadístico, y no tiene valor diagnóstico.

Según el protocolo de nuestro centro y el protocolo de la SEGO (Cribado y diagnóstico precoz de anomalías genéticas, tras este resultado no está indicado realizar estudios complementarios, ya sean de cribado (mediante TPNI o test de DNA libre circulante) ni de diagnóstico (biopsia corial o amniocentesis). El valor de corte para ampliar los estudios en nuestro centro está aceptado en 1:270, siendo el de la paciente un valor de 1:877.

Además, en la ecografía realizada en la semana 12 +5 (el día 6/6/2023) los marcadores ecográficos de cromosomopatías (translucencia nuchal, ductus venoso) fueron normales, por lo tanto, tampoco estaba justificado añadir otras pruebas complementarias (ver página 18 de la Guía de Cribado y diagnóstico precoz de anomalías genéticas, del Grupo de expertos de SESEGO y SEMEPE)”.

Por la Inspección Sanitaria se solicita documentación complementaria, entre otros, el protocolo interno vigente del hospital y la

guía a la que se alude en el informe emitido. Figura remitida una parte de la documentación el 10 de junio de 2024, y otra, acompañada de un escrito, el 30 de mayo de 2025.

La Inspección emite informe el 2 de julio de 2025, en el que, tras analizar la historia clínica, el informe referido, y en particular, los resultados del cribado combinado de primer trimestre de la paciente, así como realizar las oportunas consideraciones médicas, en las que explica la interpretación del cribado, cuál es su valor, y la sensibilidad y especificidad de dicho cribado, concluye que la asistencia sanitaria dispensada a la reclamante en el Hospital y en el centro integral de diagnóstico y tratamiento “.....”, de, durante su gestación y el nacimiento de la niña, fue adecuada a la *lex artis*.

Concluida la instrucción del procedimiento, se confirió trámite de audiencia a los reclamantes, cuya notificación figura aceptada el 22 de agosto de 2025, sin que se efectuaran alegaciones.

El 17 de octubre de 2025 se formuló propuesta de resolución en la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial.

El día 22 de octubre de 2025, se registra de entrada el escrito con las alegaciones de los reclamantes, en las que se narra el sufrimiento que padecen como padres desde que nació la niña, sus patologías, los cuidados que demanda y los gastos que tienen que afrontar. Por último, reprochan que *“en ningún momento me han informado sobre la posibilidad de tener una hija con síndrome de Down que yo desconocía, ni me han explicado ... ni estaba enterada de esas cosas ... que sólo me diagnosticaron diabetes gestacional; y me dijeron que el feto estaba en buen estado...”*.

Se adjunta la resolución de reconocimiento de la necesidad de Atención Temprana de la niña de fecha 19 de junio de 2025, y otra documentación relativa a esto.

CUARTO.- El 30 de octubre de 2025, 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 indicada en el encabezamiento.

El estudio del expediente 599/25 correspondió, por reparto de asuntos, a la letrada vocal Dña. Silvia Pérez Blanco, que formuló la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en la sesión indicada en el encabezamiento del dictamen.

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 euros, 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 (ROFCJA).

Este dictamen se emite en plazo.

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial se regula en la LPAC, con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. Dicha regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley

40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (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, que son los padres de la niña que tras el nacimiento fue diagnosticada de síndrome de Down. Ha quedado acreditada la relación paterno-filial con el libro de familia.

Consta un escrito firmado por ambos progenitores en el que renuncian al abogado designado inicialmente, e interponen la reclamación en su propio nombre y en el de su hija. En virtud, del artículo 162 del Código Civil, actúan como representantes legales de su hija menor de edad.

Se cumple la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, ya que el Hospital y el Centro “.....”, donde se realizaron las ecografías durante el embarazo, están integrados en su red asistencial.

En lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 de la LPAC el derecho a reclamar responsabilidad patrimonial a la Administración prescribe al año de manifestarse el efecto lesivo y de que se haya determinado el alcance de las secuelas.

En el caso que nos ocupa, ha de estarse a la fecha de nacimiento el 26 de noviembre de 2022, en la que hay sospecha de síndrome Down, confirmada con el test genético realizado (y cuya fecha exacta no consta). Por lo que la reclamación formulada el día 24 de noviembre de 2023, se encuentra en plazo legal.

En cuanto al procedimiento, al amparo de lo establecido en el artículo 81 de la LPAC se ha emitido informe por el jefe del Servicio de

Ginecología y Obstetricia del hospital. Asimismo, se ha emitido informe por la Inspección Sanitaria y, conforme a lo dispuesto en el artículo 82 de la LPAC, se confirió trámite de audiencia a la interesada, que formuló alegaciones completamente fuera del plazo de 15 días hábiles otorgado al efecto.

Finalmente, se ha elaborado una propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación de responsabilidad, que ha sido remitida, junto al resto del expediente, a la Comisión Jurídica Asesora para su dictamen preceptivo.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite 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 normal o anormal 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 (recurso 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 *lex artis* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios.

Así, el Tribunal Supremo, por todas, en la Sentencia de 15 de marzo de 2018 (recurso 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”.

Ha de recordarse, que la asistencia sanitaria es una mera obligación de medios y no de resultados, como ha destacado reiteradamente la jurisprudencia, por todas las sentencias del Tribunal Supremo de 1 de diciembre de 2021 (rec. 6479/2020) y del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 23 de diciembre de 2021 (rec. 980/2020).

CUARTA.- En este caso, los reclamantes efectúan un reproche genérico a la asistencia sanitaria dispensada en el hospital, al considerar que durante el embarazo todos los controles y ecografías fueron informados como normales y, sin embargo, al nacer la niña, tenía síndrome de Down. Luego, al final del procedimiento y en un escrito de alegaciones extemporáneo, se viene a reprochar que no le dieron información en la gestación sobre la posibilidad de que naciera un hijo con este síndrome, ya que solo se le diagnosticó a la madre una diabetes gestacional.

Es doctrina jurisprudencial reiterada, citada en nuestros dictámenes 330/16, de 21 de julio y 545/16, de 1 de diciembre, que no puede plantearse una posible responsabilidad de la Administración sin la existencia de un daño real y efectivo a quien solicita ser indemnizado, lo que exige “(...) *la existencia de un daño real y efectivo, no traducible en meras especulaciones o expectativas, constituye el núcleo esencial de la responsabilidad patrimonial traducible en una indemnización económica individualizada, de tal manera que resulte lesionado el ámbito patrimonial del interesado que es quién a su vez ha de soportar la carga de la prueba de la realidad del daño efectivamente causado*” (Sentencias del Tribunal Supremo de 1 de febrero de 2012 -recurso 280/2009-, y 30 de diciembre de 2013 -recurso 300/2008-). De igual modo, constituye la regla general que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad

patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación.

La Sala Tercera del Tribunal Supremo, a partir de una primera sentencia de 28 de septiembre de 2000, cuyo criterio fue confirmado en otras posteriores de 24 de noviembre de 2008, 16 de junio y 27 de octubre de 2010 y, posteriormente, por sendas sentencias de 28 de marzo de 2012 (recursos 6454/2010 y 2362/2011), ha declarado el carácter indemnizable del daño moral consistente en privar a los padres de la posibilidad de decidir sobre la interrupción voluntaria del embarazo, así como también por el mayor coste o el incremento de gastos que supone la crianza de un hijo afectado por síndrome de Down, debiéndoseles haber dado la posibilidad de someterse a pruebas de diagnóstico de esta alteración genética y, obviamente, si se hubieran practicado -como ocurre en este caso-, proporcionarles los resultados en tiempo, para no hacerles perder su operatividad.

Recuerda aquella Sala, en la más reciente de las citadas sentencias, que ambos -daño moral y daño patrimonial- deben ir inexcusablemente unidos en estos casos si se pretende cumplir el principio de reparación integral del daño de modo que *“además del daño moral procede también la indemnización por la lesión puramente económica consistente en el notablemente mayor coste de criar a una hija con síndrome de Down. Ocuparse de una hija con tal patología comporta, como es obvio, gastos extraordinarios, que encajan perfectamente en la idea expuesta por la arriba citada sentencia de 28 de septiembre de 2000 cuando hablaba de desatender ciertos fines ineludibles o muy relevantes mediante la desviación para la atención al embarazo y al parto y a la manutención del hijo de recursos en principio no previstos para dichas finalidades. En otras palabras, los gastos derivados de la crianza de los hijos no constituyen un daño en circunstancias normales; pero, cuando las circunstancias se*

separan de lo normal implicando una carga económica muy superior a la ordinaria, esta Sala entiende que puede haber daño y proceder la indemnización”. Y que “los gastos que la recurrida ha debido y deberá afrontar en cuanto madre de una hija con el síndrome de Down no pueden considerarse lógicamente desvinculados de la imposibilidad, causada por la Administración sanitaria, de interrumpir legalmente su embarazo. Existe nexo causal entre la omisión de la prueba de detección prenatal del síndrome de Down y el daño, tanto moral como económico, experimentado por la recurrida”.

Ahora bien, no se trata de que la falta de información a la madre sobre los posibles riesgos, o la falta de indicación de las pruebas pertinentes, deban dar lugar de forma automática a la indemnización. Por el contrario, y conforme a la doctrina resumida en la anterior consideración jurídica, para ello sería necesario acreditar, por un lado, que la asistencia sanitaria durante el embarazo, en cuanto a la cuestión discutida, se hubiera desviado de las pautas de la buena práctica médica y, además, la existencia del daño económico.

En el supuesto que nos ocupa, ni en la reclamación ni en el procedimiento se ha alegado criterio médico o científico que permita probar una supuesta mala praxis en la asistencia prestada durante el embarazo a la hoy reclamante, ni se ha aportado un dictamen pericial que sustente el reproche relativo a la falta de diagnóstico durante el embarazo del síndrome de Down en el feto.

Así pues, es de aplicación la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 12 de enero de 2023 (recurso 414/2020) entre otras, que recuerda que *“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 ...”.

Ante esta falta absoluta de sustrato probatorio, hemos de estar al contenido del expediente administrativo y, en particular, a la historia clínica transcrita en el antecedente de hecho segundo del dictamen, que desmiente la supuesta falta de información, dado que constan consultas en las que se informa a la paciente del estado de la gestación.

Así, consta anotado como factor de riesgo la edad de la gestante (40 años). Vemos que desde la primera consulta de Obstetricia el 3 de mayo de 2022, a las 8 semanas y 3 días de gestación, se han realizado las ecografías y controles adecuados al estado del embarazo.

Es esencial aquí, en primer lugar, el informe ecográfico del primer trimestre, con edad gestacional de 12+5 semanas (folios 64 y 65), en el que como hemos transcrito, se informa a la paciente desde el principio de que *“en este momento no se observan otras anomalías morfológicas fetales mayores, si bien no pueden descartarse las que no tienen expresión ecográfica o se presentan de forma tardía. La sensibilidad de la técnica oscila entre el 60-80%”*. Lo cual se repite en los informes ecográficos posteriores.

Como señala el informe del servicio implicado, explicando esa ecografía realizada en la semana 12+5, el día 6 de junio de 2023: *“los marcadores ecográficos de cromosomopatías (translucencia nuchal, ductus venoso) fueron normales, por lo tanto, tampoco estaba justificado añadir otras pruebas complementarias”*. Y en apoyo de su argumento cita la Guía de Cribado y diagnóstico precoz de anomalías genéticas, en concreto su página 18. Después, esta guía y la que maneja el hospital fueron enviadas como documentación complementaria a la Inspección, y examinadas por ésta, no se efectúa reproche a la actuación del Servicio de Obstetricia.

Y, en segundo lugar, ha de estarse a un documento más preciso y técnico, obrante en el folio 187 del expediente: el cribado combinado del primer trimestre, realizado el 3 y el 6 de junio de 2022 que contiene los datos bioquímicos, los datos ecográficos y el informe de riesgo a término, siendo *“el riesgo de Trisomía 21 de 1:877, bajo riesgo”* y la conclusión validada por la doctora que lo firma es *“riesgo bajo: el índice de riesgo es un cálculo estadístico y no tiene valor diagnóstico”*.

El jefe del servicio informa que *“según el protocolo de nuestro centro y el protocolo de cribado y diagnóstico precoz de anomalías genéticas, tras este resultado no está indicado realizar estudios complementarios, ya sean de cribado ni de diagnóstico (biopsia corial o amniocentesis). El valor de corte para ampliar los estudios en nuestro centro está aceptado en 1:270, siendo el de la paciente de 1:877”*.

A su vez, la Inspección Sanitaria aborda con claridad esta cuestión, explicando lo que significa en una prueba, la alta sensibilidad y la alta especificidad, y en lo que aquí interesa, explica qué es el cribado combinado que se realizó (edad materna+ bioquímica + ecografía) y la interpretación de los datos, señalando:

“El valor de corte estándar es 1:270 para trisomía 21. Si el riesgo es mayor o igual a 1:270, se considera alto riesgo y se ofrece test de ADN fetal libre o prueba invasiva. Si el riesgo es menor a 1:270, se considera bajo riesgo y no se indican más pruebas, salvo hallazgos ecográficos relevantes.

¿Por qué el resultado 1:877 se considera riesgo bajo, comparado con el umbral de 1:270? ¿Qué significa el número 1:877? Significa que, según el análisis, hay una probabilidad entre 877 de que el bebé tenga síndrome de Down (trisomía 21). Es decir, si hubiera 877 embarazos con características similares, solo 1 tendría esa condición”.

La inspectora concluye que el manejo del caso fue “*plenamente coherente con las recomendaciones de la SEGO*”, conclusión a la que hemos de estar, por cuanto que -como viene señalando esta Comisión Jurídica Asesora- el informe de la Inspección presenta una especial relevancia dada la independencia y criterio profesional, con base al criterio del Tribunal Superior de Justicia de Madrid en sentencias como las de 11 de mayo de 2021 (recurso 33/2019), de 7 de octubre de 2021 (recurso 173/2020), o más recientemente, la de 28 febrero de 2025 (recurso 73/2023) cuyo fundamento jurídico séptimo señala:

“También se ha tener en consideración el informe de la Inspección Sanitaria que, sin ser propiamente una prueba pericial, constituye un notable elemento de juicio cuya fuerza de convicción proviene de la circunstancia de que los médicos inspectores informan con criterios de profesionalidad e imparcialidad respecto del caso y de las partes, dependiendo también de que sus consideraciones y conclusiones estén motivadas y sean objetivas y coherentes”.

En definitiva, como se razona en los informes emitidos, el diagnóstico prenatal más certero de las anomalías genéticas requeriría actualmente, la obtención de material genético mediante una técnica invasiva, como es la biopsia corial o la amniocentesis, que no son pruebas inocuas y llevan asociado un riesgo de pérdida del *nasciturus*. Y en el presente caso, dado que el cribado determinó un riesgo bajo de la trisomía 21 (Síndrome de Down) claramente no estaba indicada la realización de esas pruebas invasivas.

En este punto concreto, es de aplicación la jurisprudencia del Tribunal Supremo al respecto de este tipo de pruebas y de la información a la madre gestante. Muy en particular, la Sentencia de la Sala de lo Civil de 19 de junio de 2007 (recurso 2047/2000):

“Del mismo modo no parecía indicado y por esto, en cualquier caso, no fue informada de la posibilidad de practicarle una prueba tan

específica y no exenta de riesgos, como la amniocentesis, prueba que muy lejos de ser habitual y poco menos que obligada en un embarazo como el de la paciente, tal como pretende el recurso, no parece que estuviera indicada según los antecedentes personales, clínicos e, incluso, familiares de la misma. (...)

El deber de información sobre la práctica de las pruebas necesarias para la comprobación de la posible existencia de un síndrome de Down solamente era exigible, cuando concurren circunstancias que demuestren la existencia de un riesgo de concurrencia del expresado síndrome, y no en los casos de embarazos normales, a los que corresponde el supuesto enjuiciado”.

Para terminar, retomando el *iter* gestacional, después del primer trimestre de embarazo, como ya dijimos, se realizaron las ecografías sucesivas a la paciente adecuadas al estado gestacional: en la semana 20 el día 27 de julio; en la semana 32, el día 20 de octubre; en la semana 35, el día 10 de noviembre; y en la semana 37, el día 22 de noviembre de 2022, y todas ellas fueron informadas como *normales*, trasmitiéndose dicha información a la madre gestante como ella misma reconoce en la reclamación.

A mayor abundamiento, diremos que, en realidad, la escueta reclamación se basa en que -una vez conocido el resultado final (nacimiento de una niña con síndrome de Down)- se intenta reprochar genéricamente su falta de diagnóstico durante el embarazo.

Pero no puede admitirse juzgar la asistencia sanitaria partiendo del resultado final. Así lo ha manifestado el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en Sentencia de 28 de marzo de 2016 (recurso 45/2014) según la cual: “No es correcto realizar una interpretación de lo acontecido conociendo el resultado final. La calificación de una praxis asistencial como buena o mala no debe realizarse por un juicio *ex post*, sino por un juicio *ex ante*, es

decir, si con los datos disponibles en el momento en que se adopta una decisión sobre la el paciente”.

En este sentido cabe recordar que no deben enjuiciarse las actuaciones médicas *ex post facto* tras el nacimiento, sino *ex ante*, es decir, las correspondientes a cada uno de los controles ecográficos del embarazo, que constan informados de normalidad. Todo ello conecta con la doctrina sobre la “*prohibición de regreso*” en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración, de la que nos hemos hecho eco en numerosos dictámenes (416/18, de 20 de septiembre; 248/22, de 4 de mayo; 683/2024, de 30 de octubre y 182/25, de 3 de abril) con apoyo en la jurisprudencia del Tribunal Supremo, entre otras, en la Sentencia de 11 de julio de 2017 (recurso de casación para la unificación de doctrina n.º 1406/2015):

“... que impide sostener la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o retraso diagnóstico o la inadecuación del tratamiento, sólo mediante una regresión a partir del desgraciado curso posterior seguido por el paciente, ya que dicha valoración ha de efectuarse según las circunstancias concurrentes en el momento en que tuvieron lugar”.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada al no existir relación de causalidad entre el daño invocado y la asistencia sanitaria prestada.

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 10 de diciembre de 2025

El Presidente de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 658/25

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid