



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **394/2015**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 28 de diciembre de 2015, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación de la Excm. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social), mediante oficio registrado el día 30 de enero de 2015, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **35/15**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 20 de enero de 2010 x presentó escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida al Servicio Murciano de Salud (SMS) en el que, en síntesis, expresa que su hijo x nació el 15 de enero de 2009 en el Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca" (HUVA), afirmando que, "*por mala praxis médica*" (sin más concreción), sufrió las graves lesiones que se especifican en el informe de 13 de febrero de 2009, de la Unidad de Cuidados Intensivos, Sección de Neonatología, de dicho hospital, que adjunta, y que, en síntesis, resume así el proceso seguido: recién nacido a término (37 semanas), de peso adecuado (2.750 gr.), taquipnea transitoria, sepsis-meningitis-colecistitis por E. Coli, coagulopatía secundaria, trombopenia y leuconutropenia secundarias, anemia multifactorial, hidrocele bilateral resuelto, hernia umbilical, cefalohematoma occipito-parietal sobreinfectado (E. Coli) intervenido, distocia obstétrica de elevado riesgo neurosensorial y hepatopatía colestásica leve. Añade que el niño fue atendido posteriormente en dicho centro, según informe que también adjunta (que refleja un ingreso el 15 de septiembre de 2009 por pérdida de sustancia en cuero cabelludo, siendo alta el 20 siguiente), y está sujeto a revisiones periódicas para determinar la evolución de sus lesiones, si bien la Administración educativa ya ha dictaminado sobre las necesidades especiales por su discapacidad, según informe adjunto de 28 de abril de 2009 del Equipo de Atención Temprana-1 dependiente de la Dirección General de Ordenación Académica de la Consejería de Educación, Formación y Empleo.

Adjunta asimismo un informe del Servicio de Pediatría, Sección de Neurología Infantil, del citado hospital, de 27 de noviembre de 2009, que concluye con el diagnóstico de encefalopatía crónica de origen perinatal, hemorragia cerebral de origen obstétrico, con retraso del desarrollo psicomotor secundario a lo anterior, recomendando tratamiento de estimulación psicomotriz y fisioterapia en Centro de Atención Temprana, con revisión en seis meses.

También adjunta un informe de 15 de diciembre de 2009 del Servicio de Otorrinolaringología del hospital, en el que se indica que el niño presenta hipoacusia, según potenciales evocados, de 60 db. en oído derecho, pendiente de nueva revisión.

Por ello, reclama una indemnización de 90.000 euros por el daño moral y la necesidad de atención materna especial, más la cantidad que corresponda por días de hospitalización, incapacidad temporal, atenciones especiales, farmacia, etc., y por las secuelas producidas, *"para cuando el desarrollo del niño y la evolución de su discapacidad permita su evaluación y establecimiento definitivo"*, si bien mientras tanto solicita una renta mensual de 900 euros.

SEGUNDO.- Con fecha 2 de febrero de 2010, el Director Gerente del SMS dictó resolución de admisión a trámite de la reclamación, lo que es notificado a los interesados. Ese mismo día se solicita al HUVA la historia clínica y los informes de los profesionales que asistieron al paciente.

TERCERO.- Mediante oficio de 4 de marzo de 2010, desde el HUVA se remite copia de la correspondiente historia clínica, así como los siguientes informes:

- Informe de 22 de febrero de 2010 de las Dras. X, y, del Servicio de Ginecología, que expresa lo siguiente:

"La paciente ingresa el 13-01-2009 a las 07.20 horas por rotura prematura de membranas de 3 horas de evolución, estando gestante de 36 semanas y 5 días.

Al ingreso se le realiza exploración obstétrica que comprueba la rotura prematura de membranas e informa de condiciones obstétricas desfavorables (cervix posterior formado con un centímetro de dilatación).

Se realiza analítica sanguínea y monitorización no estresante, siendo el resultado de ambas pruebas normal, por lo que se realiza Protocolo de inducción de parto con prostaglandinas, previa firma de consentimiento informado. Dado que por su edad gestacional no se dispone del resultado de los cultivos para el Streptococcus Agalactiae, se inicia tratamiento profiláctico con antibióticos intravenosos, según aconseja el protocolo de la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia), y se ingresa a la paciente en planta de gestantes, donde se le realizan los controles protocolizados.

Cumpliendo el Protocolo de inducción con prostaglandinas, el 14-01-2009 a las 08.30 horas, la paciente se traslada al área de dilatación para la estimulación del parto con oxitocina, bajo permanente control de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) mediante monitorización.

Durante su estancia en dilatación se sigue administrando la profilaxis antibiótica, el parto progresa adecuadamente y el registro de la FCF durante el tiempo de estancia de la paciente en dilatación en ningún momento presenta bradicardia ni disminución de la reactividad que hagan sospechar la presencia de hipoxia en el feto durante el parto.

Tras alcanzar la dilatación completa, el feto detiene su descenso por el canal del parto debido a una malposición

de la presentación fetal, por lo que al cumplirse las condiciones necesarias para la instrumentación del parto (dilatación completa y cabeza fetal encajada en la pelvis), se realiza la misma mediante Vacuum-extractor, obteniéndose un feto varón de 2750 gramos con índice de APGAR 8/10, que es valorado por el Pediatra, que decide su ingreso en la unidad de neonatos por presentar distress respiratorio con un PH intraparto normal y una acidosis respiratoria inicial que se corrige en las primeras horas de vida, según consta en el informe de alta del Servicio de Pediatría.

De los criterios que deben tener lugar durante el parto o en las primeras horas postparto según el American College of Obstetrician and Gynaecologist (ACOG), Task Force on Neonatal Encephalopathy, criterios que han sido respaldados por numerosas Sociedades Científicas de diversos países, entre ellas la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO), para sugerir que ha habido un sufrimiento fetal, a saber:

1. Signo centinela de un episodio hipóxico ocurrido inmediatamente antes o durante el parto.
2. Una bradicardia fetal sostenida o ausencia de variabilidad persistente en la frecuencia cardíaca fetal, dips tipo 2 o deceleraciones variables, partiendo de un patrón anterior normal.
3. Test de APGAR menos de 3 en el primer minuto y a los cinco minutos del nacimiento.
4. Daño multisistémico en las primeras 72 horas de vida.
5. Lesión cerebral aguda no focal detectada precozmente mediante técnicas de imagen.

El neonato que nos ocupa no presentaba ninguno de ellos en las primeras 48 horas que permanece en la unidad de Neonatología y es a las 48 horas de vida cuando tras un pico febril ingresa en UCI Neonatal con un diagnóstico de sepsis y meningitis clínica, que le produce un cuadro de anemia y coagulopatía graves. Los diagnósticos mediante imagen (Ecografía y Resonancia Magnética Cerebral) que detectan lesiones sugestivas de hipoxia cerebral se realizan a los trece y diecisiete días de vida y no en las primeras horas para que pudieran ser atribuidos a una hipoxia intraparto, de la que en ningún momento presentó signos. Según el American College of Obstetrician and Gynaecologist (ACOG), Task Force on Neonatal Encephalopathy, ha definido que los criterios para que pueda atribuirse al parto una parálisis cerebral son, con carácter necesario todos ellos:

1. Evidencia de acidosis metabólica en sangre de la arteria umbilical tras el parto (PH menor de 7).
2. Comienzo temprano de encefalopatía neonatal severa.
3. Parálisis cerebral de los tipos cuadraplejía o discinética.
4. Exclusión de otras etiologías identificables como traumatismo, trastornos de coagulación, enfermedades infecciosas o alteraciones genéticas.

El recién nacido que nos ocupa tampoco presentaba ninguno de estos criterios:

El PH intraparto era normal y no presentó acidosis metabólica.

No presentó encefalopatía neonatal.

No tuvo parálisis cerebral y en cambio presentó otras causas etiológicas, como son la enfermedad infecciosa y el trastorno de la coagulación.

Con todo lo expuesto anteriormente quiero expresar no sólo que la actuación obstétrica fue correcta desde el ingreso hasta la atención al período expulsivo del parto, y que en ningún momento se presentaron signos de alarma que nos hicieran sospechar que podría estar produciéndose una hipoxemia fetal, que luego fuera responsable de posibles secuelas, sino que, según los criterios que la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) precisa para poder decir que ha habido una causa imputable al parto en las posibles secuelas, el neonato al que nos estamos refiriendo no cumple ninguna de ellas, y sí que presentaba una patología postnatal grave (sepsis-meningitis-coagulopatía) no achacable al parto".

- Informe de 26 de febrero de 2010 del Dr. x, que expresa lo siguiente:

"El paciente x, con H.^a Clínica nº --, fue atendido por la Sección de Neuropediatría por vez primera el 05-02-2008 (sic, es 2009) a solicitud de la Sección de Neonatología, en donde se hallaba ingresado como consecuencia de la patología referida en los sucesivos informes de la UCI Neonatal y de Neonatología, destacando por el interés neurológico: a) Sepsis - meningitis por E. Colí. b) Hematoma epidural subagudo en fosa posterior. c) Hemorragia talámica derecha. d) Lesiones en sustancia blanca de probable origen isquémico. e) Distocia obstétrica de elevado riesgo neurosensorial.

En primera valoración neurológica se constata una exploración clínica sin clara evidencia de disfunción neurológica, si bien dada la patología mencionada anteriormente, se decide programar un seguimiento evolutivo al tratarse de un caso de evidente riesgo neurológico.

El 15-05-2009 (tres meses y diez días después de la primera valoración), es atendido nuevamente en la Consulta Externa de Neuropediatría (4 meses de edad), comprobando una adecuada sintonización y proyección para su edad, detectando únicamente un aumento de tono muscular en regiones distales de miembros inferiores, siendo normal el registro E.E.G. realizado tras el control clínico.

Se considera el diagnóstico de encefalopatía crónica de origen perinatal, aconsejando mantener el tratamiento de fisioterapia y estimulación psicomotriz, dentro de un programa de Atención Temprana ya iniciado.

Asimismo, se indica posponer la exploración de neuroimagen (Resonancia Magnética Cerebral) a próximas revisiones, dada la buena situación neurológica clínica comentada y la necesidad de anestesiarse al niño para

llevarlo a cabo, sin que su resultado vaya (a) condicionar en este caso una variación en el tratamiento programado.

En la actualidad el paciente está en fase de control evolutivo, teniendo ya concertada una cita en Consulta Externa de Neuropediatría el día 26 de mayo de 2010 a las 11 horas".

CUARTO.- Obra en el expediente un dictamen médico, de 7 de mayo de 2011, aportado por la compañía aseguradora del SMS, realizado por tres especialistas en Obstetricia y Ginecología, en el que, tras analizar la historia clínica y formular diversas consideraciones médicas, finaliza con las siguientes conclusiones:

"1. X ingresó por rotura prematura de membranas en el H. U. Virgen de la Arrixaca. Se instauró tratamiento antibiótico y se indujo el parto mediante maduración cervical con prostaglandinas y perfusión de oxitocina. Mediante parto con ventosa nació un varón de 2750 grs con Apgar 8/9.

2. A las 48 hs de vida, el recién nacido fue ingresado en la U.C.I. neonatal por un cuadro de sepsis y meningitis, permaneciendo durante casi 1 mes. Fue intervenido por los cirujanos plásticos de un absceso en la región occipital del cráneo por infección del cefalohematoma.

3. El niño padece un ligero retraso psicomotor e hipoacusia bilateral.

4. El monitor cardiotocográfico durante el parto mostró en todo momento un patrón fetal de bienestar, con reactividad y buena variabilidad.

5. El niño nació con un test de Apgar excelente: 8/9, y un pH normal, lo que descarta una hipoxia intraparto.

6. No se cumple ninguno de los criterios indispensables para relacionar una hipoxia intraparto y un daño neurológico.

7. Se realizó de forma adecuada el tratamiento antibiótico profiláctico ante la rotura prematura de membranas.

8. Las secuelas que presenta el niño son atribuibles al grave cuadro de septicemia y meningitis.

9. La única complicación atribuible al parto es el cefalohematoma, pero si no hubiera existido la sepsis podemos afirmar que se hubiera reabsorbido sin dejar ninguna lesión en el cuero cabelludo.

10. La actuación de los facultativos del H. U. Virgen de la Arrixaca fue correcta, acorde a *lex artis* y a los protocolos vigentes".

QUINTO.- Consta en el expediente un Decreto de 6 de octubre de 2011 de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de la Región de Murcia por el que se admite a trámite la desestimación presunta de la reclamación de referencia, así como otras actuaciones relativas al recurso contencioso-administrativo.

SEXTO.- Solicitado en su día un informe a la Inspección Médica de la Consejería consultante, fue emitido el 21 de mayo de 2014, en el que, tras analizar la historia clínica y formular muy extensas y detalladas consideraciones médicas, finaliza con las siguientes conclusiones:

"El niño x, cuya asistencia en el periodo de parto neonatal es objeto de reclamación, fue dado de alta por el servicio de neuropediatría en diciembre de 2012 para control por su pediatra, salvo complicaciones posteriores, con los diagnósticos de: Encefalopatía crónica de origen perinatal, retraso mental leve secundario y trastorno con déficit de atención e hiperactividad secundaria. El niño presenta hemiparesia izquierda leve. La última resonancia, de junio de 2010, fue informada como: Pequeñas áreas de hiperseñal T2 y flair en la sustancia blanca periventricular.

Referente al trastorno con déficit de atención e hiperactividad (TDAH), su presencia no permite afirmar que exista relación causal con las circunstancias del parto y mucho menos con ningún tipo de malapraxis en la atención al parto o al neonato.

Referente a la relación entre las circunstancias de la atención al parto y periodo neonatal inmediato con la encefalopatía crónica de origen perinatal, la leve hemiparesia izquierda y el retraso mental leve secundario que constan en el informe de alta de 2012, hay que concluir que, pese a la presencia de las patologías anteriormente relacionadas, la atención al parto y en el periodo neonatal fue adecuada a la Lex Artis por las siguientes razones:

- 1. La parturienta era candidata a recibir PAI (profilaxis antibiótica intraparto) frente a EGB, dicha profilaxis se realizó de forma adecuada.*
- 2. Si bien es cierto que la aparición de fiebre de hasta 38º C intraparto podía haber sido achacada a una posible corioamnionitis y justificar por tanto el esfuerzo de la PAI tal y como aconsejan los protocolos, no es menos cierto que al tratarse de un parto con anestesia epidural y al no haber sobrepasado la temperatura de la madre los 38º C, el atribuir la elevación de temperatura a causa no infecciosa está también justificado por las recomendaciones de expertos y se enmarca en lo que podemos considerar práctica médica habitual.*
- 3. Se trata de un parto monitorizado en el que el feto detiene su descenso por malposición de la presentación, por tanto, distócico, lo que motiva la instrumentación con ventosa. Actuación, por tanto, correcta.*
- 4. No se cumplen los criterios que definen la existencia de encefalopatía de origen hipóxico-isquémico.*

5. *Tras el parto se cumplieron las recomendaciones de observación y de vigilancia de la posible aparición de signos de infección en el neonato.*

6. *Tanto el proceso diagnóstico como el tratamiento del cuadro de sepsis/meningitis que presentó el recién nacido fue adecuado. El proceso séptico evolucionó favorablemente con el tratamiento aplicado. La sobreinfección del cefalohematoma requirió tratamiento quirúrgico por parte de cirugía plástica con buenos resultados".*

SÉPTIMO.- Mediante oficios de 29 de septiembre de 2014 se acordó un trámite de audiencia y vista del expediente, compareciendo a este último efecto el 10 de octubre siguiente una representante de la reclamante, que obtuvo copia de diversos documentos del mismo, sin que conste la presentación de alegaciones.

OCTAVO.- El 20 de enero de 2015 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación; en síntesis, por no acreditarse infracción a "*lex artis ad hoc*" en la asistencia sanitaria pública, por lo que no existe la necesaria y adecuada relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que se reclama.

NOVENO.- En la fecha y por el órgano indicado en el encabezamiento del presente, se solicitó el preceptivo Dictamen de este Consejo Jurídico, acompañando el expediente y su extracto e índice reglamentarios.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en relación con el 142.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), y el 12 del RD 429/93, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de Responsabilidad Patrimonial de la Administraciones Públicas (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. La reclamante está legitimada, por representación legal, para reclamar indemnización por los daños sufridos por su hijo menor de edad que imputa a los servicios médicos del SMS.

La Administración regional está legitimada pasivamente, por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse los daños al funcionamiento de los servicios públicos sanitarios de su competencia.

II. En cuanto a la temporaneidad de la acción, a ejercer en el plazo de un año previsto en el artículo 142.5 LPAC, no hay reparo que oponer, vistas las fechas de los hechos y de la presentación de la reclamación.

III. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos.

Al constar la pendencia de un recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta de la reclamación, ello debe tenerse en cuenta por la Consejería a la hora de plantearse la resolución expresa de aquélla, según lo informado por este Consejo en casos similares.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial administrativa en materia sanitaria. Consideraciones generales.

I. La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la configuración de la responsabilidad de la Administración que se desprende del artículo 106.2 CE: *"los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos"*. Por otra parte, el texto constitucional (artículo 43.1) también reconoce *"el derecho a la protección de la salud"*, desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS).

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son recogidos por los artículos 139 y siguientes de la LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia:

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.
- Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una adecuada relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.
- Que los daños no se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos.

- Ausencia de fuerza mayor.

- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

II. Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado, sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los razonablemente posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación de éste ha de regirse por la denominada "*lex artis ad hoc*", o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes números 49/01 y 97/03, entre muchos otros, de este Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de un daño, sino que es preciso acudir al criterio de la "*lex artis ad hoc*" como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta en el caso de que se trate, 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. La "*lex artis*", por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

Así, la STS, Sala 3ª, de 22 de diciembre de 2001, afirma: *"ciertamente que en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido, ya que, cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si, a pesar de ello, causó el daño o más bien éste obedece a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente"*.

Asimismo, la STS, Sala 3ª, de 23 de marzo de 2011, expresa que *"la actividad sanitaria no permite exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, ya que su función ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria, utilizando al efecto los medios y conocimientos que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir en todo caso la curación del paciente"*.

El mismo Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala 1ª, de 24 de mayo de 1999, entiende que *"los criterios médicos a desarrollar se ceñirán a los que se estiman correctos para una actuación concreta, siempre en base a la libertad clínica y a la prudencia (...) y ello supone tomar en consideración el caso concreto en el que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla, así como las incidencias inseparables a una actuación profesional normal, teniendo en cuenta las especiales características del realizador del acto médico, de la profesión, de la complejidad del caso, de la trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos (estado e intervención del enfermo) o exógenos (incidencia de sus familiares o de la misma organización sanitaria), para calificar el acto como conforme o no a la técnica media normal requerida"*.

En este sentido, pues, debe concluirse en que sólo si se produce una infracción de la "*lex artis*" responde la Administración de los daños causados que puedan imputarse a dicha actuación infractora, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la praxis médica durante la intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que habría de declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte de un paciente, o la producción de lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica, cuando la correspondiente actuación sanitaria fue realizada conforme a la "*lex artis*"; responsabilidad que, por lo dicho, no puede admitirse en estos casos u otros análogos.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso-Administrativo de 1 de marzo de 1999).

En cuanto a la Administración, la valoración de la asistencia prestada será ofrecida, además de por los médicos intervinientes, cuyo informe resulta preceptivo de conformidad con el artículo 10.1 RRP, por el de la Inspección Médica, que, en su calidad de órgano administrativo, se encuentra obligado a efectuar un análisis especialmente objetivo e imparcial de las actuaciones realizadas por los facultativos de la sanidad pública, lo que le otorga un singular valor a efectos de prueba.

CUARTA.- Relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que reclama indemnización. Inexistencia.

I. Como se expuso en el Antecedente Primero, la reclamante considera que los daños sufridos por su hijo recién nacido a que se refieren los informes médicos reseñados en dicho Antecedente son debidos a la mala praxis que, sin mayor concreción, imputa a los servicios sanitarios del SMS en la asistencia al parto de aquél, acaecido el 14 de enero de 2009 en el HUVA. Esa falta de concreción, unido al hecho de que dicha alegada mala praxis no venga avalada por informe médico alguno, ya justificaría sin más la desestimación de la reclamación, que la interesada ha configurado como una mera formalidad previa a la vía jurisdiccional, lo que desvirtúa y, en definitiva, defrauda la finalidad legal del procedimiento administrativo, al impedir, con su manifiesta insuficiencia de alegaciones y la carencia de fundamentación técnica, todo debate real entre su postura y la sostenida por la Administración.

Sin perjuicio de lo anterior, debe añadirse lo siguiente.

II. En primer lugar, y prescindiendo ahora de una exacta determinación de las lesiones sufridas o que aún sufriera el hijo de la reclamante (el informe de la Inspección Médica reseña la última consulta que le consta, de 18 de diciembre de 2012, con el diagnóstico de encefalopatía crónica de origen perinatal, con retraso mental leve

secundario y trastorno con déficit de atención e hiperactividad -TDAH- secundaria, con dudas sobre la persistencia de la hipoacusia advertida en 2009), debe recordarse que es presupuesto imprescindible para la determinación de la posible responsabilidad de la Administración sanitaria la acreditación de la relación de causalidad entre los daños por los que se solicita indemnización y la actuación sanitaria pública cuestionada, siquiera, en este primer momento, sin entrar a analizar si ésta es acorde o no a la "*lex artis ad hoc*"; y ello porque si no existe siquiera una relación de causalidad puramente fáctica (aun cuando para su afirmación deban emplearse criterios médicos) entre tales daños y la actuación médica cuestionada, es claro que no es preciso entrar en el análisis de la adecuación o no de ésta a la praxis médica o "*lex artis ad hoc*".

Tal observación es especialmente relevante en el caso que nos ocupa, porque no sólo la reclamante no aporta informe médico alguno que razone que los daños en cuestión traigan causa o sean complicaciones derivadas de la asistencia al parto y postparto realizada en el HUVA, sino que el informe de la Inspección Médica considera que el TDAH y la posible hipoacusia no tienen relación alguna con el parto y postparto, y dicho informe, junto con el de la aseguradora del SMS, coinciden en que la encefalopatía y el retraso mental leve secundario a la primera no son consecuencia de la asistencia médica prestada en el parto y postparto, sino de la sepsis que apareció a las 48 horas del parto, sin dato previo sugestivo de ello; sepsis probablemente generada por gérmenes ubicados en el canal vaginal, que causó meningitis neonatal y que fue adecuadamente tratada, como expresan los citados informes, además de resaltar que, al ingresar la parturienta por rotura prematura de membranas, desde tal momento se aplicó el protocolo profiláctico antibiótico adecuado. El informe de la aseguradora del SMS señala que *"para explicar por qué en ocasiones se producen graves infecciones en los neonatos a pesar del adecuado tratamiento, se ha postulado la especial virulencia y agresividad de algunos gérmenes, entre ellos E. Coli y estreptococo B-hemolítico"*.

Por otra parte, el informe de la aseguradora del SMS señala que la única complicación atribuible a la actuación médica fue el cefalohematoma, debido a la aplicación de la ventosa obstétrica para conseguir la extracción fetal, lo que estaba indicado debido a que el feto se estancó en su descenso y la ventosa se aplicó en las condiciones requeridas: dilatación completa y estando el punto guía en tercer plano, añadiendo el informe que si se requirió de cirugía para resolver el cefalohematoma, cuya única secuela fue una cicatriz en el cuero cabelludo, fue porque dicho cefalohematoma se infectó, por la sepsis antes analizada (no imputable a la actuación sanitaria, según se dijo) pues, de no existir ésta, aquél se hubiera reabsorbido sin dejar ninguna lesión en el cuero cabelludo.

Como puede apreciarse, dicho informe, sin contradicción alguna por la reclamante, además de descartar cualquier relación de causalidad entre la asistencia médica cuestionada y los daños por los que se solicita indemnización, afirma la plena adecuación de la actuación médica con la "*lex artis ad hoc*", por lo que, desde cualquier perspectiva, puede afirmarse que no existen razones que determinen la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

III. A la vista de todo lo anterior, y conforme con lo señalado en la Consideración precedente, no existe una relación de causalidad jurídicamente adecuada entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que se reclama indemnización, por lo que procede desestimar la reclamación.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula las siguientes

CONCLUSIONES

PRIMERA.- No existe relación de causalidad jurídicamente adecuada, a los efectos de determinar la responsabilidad patrimonial de la Administración regional, entre el funcionamiento de sus servicios sanitarios y los daños por los que se reclama indemnización, por las razones expresadas en las Consideraciones Tercera y Cuarta del presente Dictamen.

SEGUNDA.- En consecuencia, la propuesta de resolución, en cuanto es desestimatoria de la reclamación, se dictamina favorablemente.

No obstante, V.E. resolverá.

