



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **207/2018**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 1 de agosto de 2018, 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 del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 25 de julio de 2017, sobre responsabilidad patrimonial instada por X, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **237/17**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 15 de julio de 2014 X, asistida por letrada, presenta una solicitud de indemnización con fundamento en la responsabilidad patrimonial que incumbe a la Administración de acuerdo con lo que se establece en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), entonces vigente.

En la reclamación expone que quedó embarazada en el año 2012 y que durante la gestación no se le realizaron en el Hospital *Los Arcos del Mar Menor*, de San Javier, las pruebas necesarias para detectar en el feto un crecimiento intrauterino retardado (CIR), a pesar de que reunía las condiciones establecidas para ello en el protocolo europeo de obligado cumplimiento.

A esa circunstancia se sumaba la hipertensión y los continuos sangrados vaginales que sufrió durante todo ese período. De manera concreta, la interesada alude a la visita que realizó a ese centro hospitalario el 29 de marzo de 2012, cuando acudió después de que padeciera un sangrado durante las 48 horas previas. También alude a la consulta que realizó el 10 de abril de ese año, cuando en el Servicio de Urgencias se le diagnosticó un hematoma corial pero no se la sometió a ninguna prueba adicional que aportase información acerca del efecto que dicho hematoma podía producir en el desarrollo de la gestación, ni se actuó para avanzar el desarrollo de los pulmones del feto en prevención de la interrupción de ese proceso.

De acuerdo con la información que se contiene en la cartilla de embarazo y en los informes médicos, hasta la semana 34+3 no se detectó que el embarazo era de alto riesgo por CIR, lo que motivó que se la citara para inducirle el parto en la semana 35. Lo que se acaba de describir explica que el nacimiento de su hijo Y se produjera el 21 de octubre de 2012 en condiciones respiratorias muy por debajo de las que son normales (distrés respiratorio neonatal).

Por esa razón, el recién nacido fue ingresado en la Unidad de Hospitalización de Pediatría del Hospital *Los Arcos del Mar Menor*, pero como presentó una bradicardia y una disminución de la saturación de oxígeno a las 18 horas de vida, se decidió trasladarlo a un hospital que dispusiera de una UCI pediátrica.

En el informe de alta se refiere que *"A las 18 horas de vida presenta apnea que precisa PPI (ventilación con presión positiva intermitente)... Presenta sangrado masivo traqueal (RCP con masaje 10 minuto, intubación orotraqueal, 3 dosis de adrenalina 1 expansión con SSF (suero salino fisiológico). Se administra plasma, 1 dosis de surfactante y se inicia dopamina, se traslada a UCI"*.

La reclamante añade que al cambiar al niño de incubadora para realizar el transporte se produjo *"un problema técnico"* con fuga de la bomba de aire comprimido que ocasionó un empeoramiento del niño.

En la exploración al ingreso se refiere grave estado general con cianosis central manifiesta e hipoventilación generalizada. Desde el punto de vista neurológico, sufría una afectación con hipotonía global y actitud en libro abierto.

En los motivos de ingreso se hizo constar lo siguiente: hipertensión pulmonar, hemorragia pulmonar en pre-término de 35+2 semanas con enfermedad de membrana hialina.

El menor recibió el alta hospitalaria a los 33 días de vida con el diagnóstico principal de hemorragia pulmonar y con los secundarios de hipertensión pulmonar, enfermedad de membrana hialina y *"pre-término tardía pequeño edad gestacional"*.

Lamentablemente, el niño falleció el 19 de febrero de 2013 cuando tenía 3 meses y 27 días de edad.

Como consecuencia de los hechos, se instruyeron diligencias previas y se solicitó al Médico Forense que elaborara el correspondiente informe. En él se apunta como causa inicial o fundamental de la muerte la inmadurez del desarrollo pulmonar durante el desarrollo fetal. Con arreglo a la codificación internacional que se suele emplear [*"Clasificación Internacional de Enfermedades"* (CIE)], se detalló que la muerte se produjo por *"secuelas de causas obstétricas directas"*.

Por lo tanto, la gestación se interrumpió por riesgo fetal (CIR), y no se aplicó el Protocolo de Embarazo de Alto Riesgo por parte del personal sanitario, a pesar de los signos evidentes de riesgo de pérdida de bienestar fetal que presentaba. Como consecuencia de ello, se produjo el fallecimiento del bebé.

Por lo que se refiere a la valoración del daño moral ocasionado, se concreta en la cantidad de seiscientos mil euros (600.000 €).

Junto con el escrito se adjuntan, entre otros documentos, una copia del informe forense; otras de los informes médicos de urgencias; una copia del Auto de archivo de la causa penal a efectos de justificar la presentación de la reclamación de responsabilidad patrimonial en tiempo y forma, y una copia del Libro de Familia, acreditativa de la relación de filiación mencionada.

Por último, y a los efectos del cómputo del plazo de reclamación, se resalta el Auto de archivo de las Diligencias Previas que se había incoado, de 18 de julio de 2013, se le notificó a la interesada el 20 de junio de 2014, por lo que a partir de ese momento comenzó a transcurrir de nuevo el plazo de un año para efectuar la reclamación de responsabilidad patrimonial.

SEGUNDO.- El Director Gerente del Servicio Murciano de Salud dicta una resolución el 25 de julio de 2014 por la que admite a trámite la reclamación patrimonial y designa a la instructora del procedimiento. Ese acto se le comunica debidamente a la letrada de la interesada y se le proporciona la información a la que se refiere el artículo 42.4 LPAC.

TERCERO.- El mismo 25 de julio de 2014 se da cuenta de la presentación de la reclamación de responsabilidad patrimonial a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y a la correduría de seguros *Aon Gil y Carvajal, S.A.* para que lo comunique a la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud.

CUARTO.- El citado 25 de julio se demanda a la Gerencia del Área VIII de Salud-Hospital *Los Arcos del Mar Menor* que remita una copia de las historias clínicas de la reclamante y de su hijo fallecido y los informes de los profesionales que les atendieron, acerca de los hechos expuestos en la solicitud de indemnización.

QUINTO.- Con esa fecha de 25 de julio de 2014 se solicita al Juzgado de Primera Instancia e Instrucción nº 1 de San Javier que remita un testimonio de las Diligencias Previas que se siguieron ante ese órgano jurisdiccional con el número 266/2013.

SEXTO.- El 11 de agosto de 2014 se recibe una comunicación del Director Gerente del Área de Salud mencionada con la que adjunta una copia de los antecedentes que obran en el Hospital acerca de la reclamación interpuesta.

De igual modo, el citado 11 de agosto se recibe otro escrito del Servicio de Admisión y Documentación Clínica de la citada Área de Salud con la que aporta una copia de las historias clínicas de la interesada, tanto de Atención Primaria como Especializada, y dos informes médicos.

En el primero de ellos, realizado el 4 de agosto de 2014 por el Dr. X, Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia, se pone de manifiesto lo siguiente:

"El embarazo de la paciente X fue inicialmente controlado en nuestro servicio de Obstetricia, Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor.

Se trataba de un primigesta de 22 años con una gestación simple espontánea, sin antecedentes de interés pero fumadora de 20 cigarrillos al día.

En la reclamación se afirma sorprendentemente que la paciente era hipertensa, lo que es falso pues durante todo su embarazo nunca se constató, en nuestro servicio, una Hipertensión Arterial (HTA), siendo sus valores tensionales normales alrededor de 100/60 mmHg todos los registros de los que disponemos, por lo tanto la paciente fue normotensa durante todo su embarazo y puerperio.

La paciente fue asistida por primera vez en nuestro servicio por un sangrado vaginal el 29/03/2012 (Documento nº 1), se trataba de una metrorragia de primer trimestre, la causa más frecuente de estos sangrados es la implantación y el desarrollo de la placenta en la cavidad uterina, en ocasiones son responsables de hematomas coriales que suelen ser de localización polar inferior, como fue el caso de la paciente a quien le fue diagnosticado un hematoma corial a las 7 semanas de gestación (SG) el 10/04/14 (Documento nº 2). Estos hematomas no tienen ninguna repercusión negativa sobre el desarrollo del embarazo y no necesitan ninguna recomendación particular para la paciente, aparte como afirman algunos autores, pueden infectarse y en consecuencia favorecer una corioamnionitis crónica que a su vez puede ser responsable de Abortos tardíos o de Ruptura prematura de membranas, por ello estos autores aconsejan una profilaxis antibiótica, como fue el caso de la paciente que benefició ese mismo día de la prescripción de un tratamiento preventivo con Dalacin 300 mg/12h durante 5 días. En estos casos no es necesario ningún control ecográfico antes de la Ecografía de las 12 semanas. Los hematomas coriales no deben confundirse con los Hematomas que se forman durante un aborto, los cuales son de localización polar superior y comprimen el saco gestacional favoreciendo la expulsión del mismo.

El único Factor de Riesgo que encontramos de la paciente es su tabaquismo importante, por ello se le aconsejó en varias ocasiones que dejara de fumar, pues el tabaco aumenta el riesgo de Abortos, Embarazos Ectópicos, Pérdidas Fetales, Crecimiento fetal Intrauterino Restringido (CIR), Preeclampsia, etc.

En ausencia de HTA y de otros factores de riesgo no se puede considerar la gestación de la paciente como Gestión de Alto Riesgo, y por ello fue considerada de Bajo Riesgo.

Como todas las pacientes que controlamos en nuestro servicio, X benefició de una ecografía de 12 semanas (Documento nº 3), totalmente normal con un pliegue nucal inferior al 95º percentil; de un test combinado del primer trimestre (triple test) (Documento nº 4), con un resultado de bajo Riesgo (Riesgo de Sd Down 1/10000 y Riesgo de Sd Edgard 1/100000); de una ecografía de 20 semanas de nivel III (Documento nº 5) con una biometría fetal estrictamente normal y en la que no se observó ninguna anomalía morfológica; de una ecografía de 32 semanas (a 32+1 SG) (Documento nº 6) en la que se constató y se diagnosticó un Feto pequeño para la edad gestacional con un peso estimado inferior al 10º percentil, concretamente estimado a 1560 gramos al 6,6 percentil con un Doppler de la arteria umbilical y arteria cerebral media normales, en consecuencia se citó a la paciente 2 semanas después para un control del crecimiento Fetal y un estudio Doppler como estipula nuestro protocolo (Documento nº 7). Se aconsejó entonces a la paciente interrumpir su consumo de tabaco, que fue único factor de riesgo individualizado. Fue vista el 11/10/14 a 33+6 SG (Documento nº 8) y se confirmaron los hallazgos de la ecografía precedente e incluso se constató una disminución de la velocidad de crecimiento fetal, pues el peso fetal estimado pasó de un percentil de 6,6º (a 32+1 SG) a un percentil de 3º, 1700g con Doppler de la arteria umbilical y arteria cerebral media normales, siendo citada 4 días después en Consulta de Alto Riesgo Obstétrico a 34+3 SG. En esta

consulta del 15/10/14 (Documento nº 9), se realizó una ecografía que confirmó la desaceleración del crecimiento fetal con un peso estimado de 1800 g, el cual estaba por primera vez por debajo del 3º percentil, lo que permitió hacer el diagnóstico de CIR, con estudio doppler normal, la actitud fue citar la paciente en 48h en Consulta de Monitorización Materno-Fetal y programar su ingreso para una inducción el 19/10/14 a 35+0 SG por sospecha de CIR.

El hijo de la paciente, Y, nació el 21/10/14 a 35+2 SG, con un peso de 1970g y un Apgar 4/8/10. El Puerperio fue fisiológico.

En la reclamación se afirma erróneamente que no se detectó el Riesgo de CIR hasta la semana 34+3, existe sin duda una confusión en la comprensión de los informes y probablemente un desconocimiento del significado de crecimiento fetal intrauterino restringido (CIR):

- Se considera un Feto con CIR en el momento en el que se le estima por ecografía un peso inferior al 3º percentil o bien un peso entre el 10º y 3º percentil con alteración del flujo cerebro-umbilical.

- Se considera un Feto pequeño para la edad gestacional en el momento en que se le estima por ecografía un peso entre el 10º y 3º percentil sin alteración del flujo cerebro-umbilical.

Como se ha descrito en los párrafos anteriores, a la paciente se le detectó un Feto pequeño para la edad gestacional a 32+1 SG, era un peso estimado de 1560g al 6,6º percentil, y este diagnóstico permitió un seguimiento estrecho de la paciente, aplicándose las recomendaciones de nuestro protocolo (Documento nº 7), pues se la volvió a ver a 33+6 SG (12 días después), a 34+3 SG (4 días después) para inducir el Parto ante la rapidez de la instauración de este CIR, como lo aconseja nuestro protocolo.

Y finalmente las evidencias científicas actuales recomiendan una maduración Pulmonar con corticoides únicamente en Gestaciones de 34 semanas o menos, no habiéndose demostrado eficacia alguna de la maduración pulmonar después de 34 SG, en caso de Parto inducido por CIR, para disminuir la morbilidad perinatal o el riesgo de distrés respiratorio neonatal".

En el segundo informe, elaborado el 22 de julio de 2014 por la Dra. Y, Jefa del Servicio de Pediatría, se expone lo que sigue:

"En relación a la Reclamación de Daños y Perjuicios por Responsabilidad Patrimonial de la Administración Sanitaria por Negligencia en la Actuación Sanitaria, el Servicio de Pediatría considera que las actuaciones sanitarias se realizaron de manera correcta con los medios disponibles en ese momento.

El recién nacido producto de una gestación de 35+2 semanas y peso 1970 g nació con test de Apgar de 4/8, precisando reanimación con oxigenoterapia a presión positiva y aspiración de secreciones. Posteriormente inicia un cuadro de distrés respiratorio que precisa ingreso en la Unidad de Neonatología. Desde su ingreso precisa

asistencia respiratoria con ventilación mecánica no invasiva, con buena adaptación inicial. A las 18 horas de vida sufre un empeoramiento progresivo presentando un episodio de bradicardia y desaturación secundario a sangrado pulmonar procediéndose a intubación y ventilación mecánica con administración de drogas vasoactivas, reexpansión de volumen, administración de surfactante pulmonar y fentanilo.

Ante la necesidad de ventilación mecánica y la situación de hipertensión pulmonar se procede a traslado a UCI neonatal de Hospital Santa Lucía de Cartagena evolucionando lentamente favorable, siendo dado de alta a los 33 días de vida.

El lactante fallece a los 3 meses y veintisiete días de vida, no pudiendo establecer una relación directa causal con los problemas obstétricos ni neonatales, ya que la mayoría de pacientes de edad gestacional de 35 semanas, aunque hayan presentado problemas en el período neonatal, si superan de forma favorable los mismos, el riesgo de presentar complicaciones posteriores es mínimo.

La etiología médico legal es muerte natural-muerte súbita y neumonitis intersticial cuya causa puede ser o no ser debida a inmadurez orgánica durante el desarrollo fetal".

Por último, entre la documentación aportada se contiene el informe realizado el 23 de octubre de 2012 por la Dra. Z en el que describe las circunstancias en las que tuvo lugar el traslado del bebé a la UCIN del Hospital General Santa Lucía. En ese documento se explica que, después de los problemas que se produjeron debido a que la incubadora de transporte del Servicio 061 presentaba una fuga de aire en la bombona de aire comprimido, se consiguió mantener al paciente en un adecuado estado de oxigenación de forma estable y trasladarlo a dicho Hospital de Cartagena.

SÉPTIMO.- La instructora del procedimiento da traslado el 12 de septiembre de 2014 de una copia del expediente a la Subdirección General de Atención al Ciudadano e Inspección Sanitaria para que la Inspección Médica emita su informe valorativo. De igual modo, ese mismo día se le envía otra copia a la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud.

OCTAVO.- Con fecha 17 de octubre el órgano instructor solicita a la Dirección Gerencia del Área de Salud II- Hospital General Santa Lucía que remita una copia de la historia clínica del hijo de la interesada en la que se reflejen las actuaciones sanitarias que se practicaron y los informes de los profesionales que le atendieron en el citado centro hospitalario.

NOVENO.- El 5 de noviembre de 2014 se recibe un oficio del Secretario del Juzgado de Primera Instancia e Instrucción nº 1 de San Javier con la que adjunta el testimonio de las Diligencias Previas ya citadas.

DÉCIMO.- El 18 de noviembre de 2014 se recibe una nota interior de la última Dirección Gerencia con la que acompaña un disco compacto (CD) en el que se contienen 16 ficheros que componen el historial clínico del menor fallecido.

Por otro lado, el 2 de diciembre siguiente tiene entrada una segunda nota interior de dicho Órgano directivo sanitario con la que se adjunta el informe realizado el 17 de noviembre de ese año, de manera conjunta, por los facultativos especialistas D. W y D.^a Q y el Jefe de Sección de Neonatología del Hospital General Santa Lucía, de Cartagena, D. V, en el que se explica lo siguiente:

"El paciente Y, nacido el 21/10/2012, ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital General Universitario Santa Lucía el 23/10/2012 con los diagnósticos de enfermedad de membrana hialina, hipertensión pulmonar y hemorragia pulmonar en recién nacido pretérmino de 35+2 semanas de gestación.

Durante su estancia en la Unidad de Neonatología precisa ventilación de alta frecuencia oscilatoria y administración de óxido nítrico inhalado, así como administración de drogas vasoactivas para conseguir adecuada estabilidad hemodinámica y nutrición parenteral.

La evolución del paciente es favorable. Al alta de nuestra Sección presenta normalidad desde el punto de vista respiratorio, sin precisar oxígeno suplementario ni otras medidas de soporte. Se realizan 2 ecografías cerebrales que no muestran datos anormales y la exploración neurológica al alta es considerada como normal.

Se procede al alta hospitalaria el 23/11/2012 con los siguientes diagnósticos: Hemorragia pulmonar, hipertensión pulmonar, enfermedad de membrana hialina, pretérmino tardío (35 semanas) pequeño para la edad gestacional, acidosis metabólica, hiperbilirrubinemia, hiperglucemia transitoria reactiva, intolerancia digestiva transitoria, conjuntivitis aguda y muguet.

Tras el alta hospitalaria recibe seguimiento en Consulta Externa de Neonatología, donde es visto por última vez el 07/02/2013 mostrando una evolución normal hasta ese momento. Durante este período recibe inmunización con Palivizumab (3 dosis) para prevención de infección por VRS.

Las alegaciones presentadas no hacen referencia a actuaciones ni incidentes que acontecieran en nuestro centro, por tanto no hay aclaraciones que realizar por nuestra parte".

Se remite copia de esa documentación a la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud y a la Inspección Médica el 9 de diciembre de 2014.

UNDÉCIMO.- Obra en el expediente un informe médico pericial elaborado el 30 de mayo de 2016, a instancia de la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud, por un médico especialista en Ginecología y Obstetricia. En ese documento se recogen las siguientes conclusiones:

"1.- El control del embarazo de D.^a X fue acorde a la ex artis ad hoc.

2.- Al inicio y durante toda la evolución del control del embarazo, no existió en la historia clínica ningún elemento o dato clínico que aconsejara clasificarlo como de alto riesgo.

3.- Debido al correcto seguimiento médico sanitario del embarazo, en la semana 32 se sospechó la existencia de un posible crecimiento fetal retardado por lo que se inició un seguimiento más estricto y acorde a la sospecha clínica de CIR (crecimiento intrauterino retardado).

4.- En la 35 semana se confirmó el diagnóstico de CIR por lo que correctamente en la 35,6 semana se indicó la terminación del embarazo y también correctamente sin indicarse el empleo de corticoides profilácticos de la membrana hialina.

5.- Al nacimiento el RN (recién nacido) presentó un cuadro de dificultad respiratoria que indicó el traslado en primer lugar a la unidad de pediatría del hospital de Los Arcos y al no conseguir mejoría, en segundo lugar al hospital regional Santa Lucía de Cartagena.

6.- La evolución en la UCIN (Unidad de cuidados intensivos neonatales) fue la adecuada, siendo dado de alta el RN a los 33 días de vida con buen estado general.

7.- A los tres meses de edad se produjo el fallecimiento repentino del RN catalogándose el cuadro como de muerte súbita del lactante.

8.- El estudio completo anatómico forense no encontró, como es la norma, ninguna patología o causa de la muerte súbita del lactante".

En el mismo sentido, en el informe se formula la siguiente conclusión final:

"El embarazo y parto de D.^a X fue correctamente controlado y atendido según la más estricta *lex artis ad hoc*.

La muerte del lactante Y no tuvo relación alguna con la patología que desarrolló al nacer a consecuencia del síndrome de la membrana hialina ni con el control de la gestación".

DUODÉCIMO.- El 14 de noviembre de 2016 se confiere el correspondiente trámite de audiencia a la interesada y a la compañía aseguradora para que puedan formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que crean convenientes.

La letrada de la reclamante presenta el 1 de diciembre siguiente un escrito en el que solicita que se dicte

resolución por la que se admita la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria. En apoyo de esa pretensión manifiesta que en el informe forense se acredita que las causas directas del fallecimiento se encuentran en la negligencia de vigilancia y seguimiento del embarazo al no ser tratado como embarazo de riesgo. En ese mismo sentido, aporta diversos informes y registros clínicos con los que pretende fundamentar esa aseveración.

DECIMOTERCERO.- El 20 de julio de 2017 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación por considerar que no concurren los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

Una vez incorporados el preceptivo índice de documentos y el extracto de secretaría, se remite el expediente en solicitud de Dictamen, mediante escrito recibido en este Consejo Jurídico el 25 de julio 2017.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, ya que versa sobre una reclamación que en concepto de responsabilidad patrimonial se ha formulado ante 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 artículo 12.1 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas (RRP).

SEGUNDA.- Régimen legal aplicable; legitimación, plazo de ejercicio de la acción de resarcimiento y procedimiento seguido.

I. En cuanto al régimen jurídico que resulta de aplicación a este procedimiento, conviene recordar que la LPAC ha sido derogada por la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP) y que este nuevo Cuerpo legal y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), configuran una nueva regulación de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

Sin embargo, la Disposición transitoria tercera, apartado a), de la LPACAP dispone que no resulta de aplicación a los procedimientos iniciados antes de su entrada en vigor, sino que se regirán por la normativa anterior. De conformidad con ello, el régimen legal que resulta aplicable en este caso es el que se contenía en la LPAC.

II. La reclamación por daño moral ha sido interpuesta por una persona interesada como es la madre del niño fallecido, cuya condición acredita por medio de una copia compulsada del Libro de Familia.

La Administración regional está legitimada pasivamente por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse el daño a los servicios públicos sanitarios de su competencia.

III. En relación con el requisito del plazo, el artículo 142.5 LPAC establece que, en todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo.

En este caso, el hecho luctuoso se produjo el 19 de febrero de 2013 por lo que, en principio, el plazo para la presentación de la reclamación vencía el mismo día del siguiente año 2014.

No obstante, como consecuencia del Atestado levantado por la Guardia Civil de San Javier ante la muerte del menor, por Auto del Juzgado de Primera e Instancia e Instrucción nº 1 de esa localidad, de 11 de marzo de 2013, se acordó incoar las oportunas Diligencias Previas que, como ya se ha dicho, se siguieron con el número 266/2013. A partir de ese momento se produjo, por tanto, la interrupción del plazo para reclamar pues no resulta necesario destacar que este Consejo Jurídico ha reconocido en numerosas ocasiones que la iniciación de un proceso penal contra los funcionarios supuestamente causantes del hecho lesivo interrumpe el plazo de prescripción de la acción para exigir el reconocimiento de la responsabilidad extracontractual de la Administración.

Con fecha 18 de julio de 2013 se dictó Auto de sobreseimiento provisional de la causa y se decretó el archivo de las actuaciones. Como consta acreditado mediante la oportuna diligencia de constancia (folios 68 y 369 del expediente administrativo), esa resolución judicial se le notificó a la interesada el 20 de junio de 2014 y se le dio a conocer los recursos y los plazos que tenía para impugnar el archivo acordado, aunque no se infiere del contenido del testimonio judicial que efectivamente lo hiciera.

Por lo tanto, la firmeza del Auto se debió producir tiempo después de esa notificación puesto que cabía presentar recursos de reforma y subsidiario de apelación o de apelación directo en los plazos respectivos de tres o cinco días. A partir de entonces comenzó a transcurrir de nuevo el plazo de un año para presentar la reclamación.

En consecuencia, y dado que la acción de resarcimiento se interpuso el 15 de julio de 2014, se debe reconocer que eso se hizo dentro del plazo legalmente establecido y, por tanto, de manera temporánea.

IV. 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, si bien se aprecia que se ha sobrepasado en exceso el plazo de tramitación del procedimiento al que se refiere el artículo 13.3 RRP.

Por otro lado, y a pesar de que se plantee en este caso una reclamación por el fallecimiento de un bebé de muy corta edad, se debe señalar que la decisión del órgano instructor de continuar con los trámites del procedimiento

de responsabilidad patrimonial, una vez transcurrido el plazo máximo de tres meses previsto para la emisión de informe por parte de la Inspección Médica, aparece justificada en la existencia de elementos suficientes de juicio para adoptar la decisión, de acuerdo con lo señalado en nuestro Dictamen núm. 193/2012.

Así, se considera que la decisión que se contiene en la propuesta de resolución elevada se sostiene en suficientes elementos de juicio técnicos que se contienen en los informes médicos que se han aportado al expediente y en el pericial realizado a instancias de la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud. Además, puede entenderse que dichos elementos de juicio resultan suficientes desde el momento en que la interesada no ha presentado ningún elemento probatorio acreditativo ni, concretamente, prueba pericial alguna en la que sostenga la realidad de sus imputaciones.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

Sin perjuicio de lo que se ha expuesto, y dado que se han traído al procedimiento dos informes que analizan la práctica médica desarrollada, además del de la facultativo que atendió a la reclamante, resulta posible efectuar algunas consideraciones acerca del fondo del asunto que, asimismo, conducirían a tener que rechazar la existencia de la pretendida responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los principios de la responsabilidad de la Administración que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 CE, según el cual *"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.

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

1. La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupos de personas.
2. Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando el nexo causal.
3. Ausencia de fuerza mayor.
4. Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

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 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 del sanitario ha de llevarse a cabo con sujeción a 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 e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle (Dictámenes números 49/01 y 97/03 del 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 una lesión, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo para 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 (STS, Sala 3ª, de 14 de octubre de 2002). La *lex artis*, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

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).

CUARTA.- Sobre el fondo del asunto.

Como ya se ha explicado, la interesada solicita una indemnización de 600.000 euros por daño moral porque considera que en el Hospital *Los Arcos del Mar Menor* no se calificó su embarazo de alto riesgo por crecimiento intrauterino retardado (CIR), a pesar de los claros signos que mostraba, de la hipertensión que sufría y de los sangrados vaginales que experimentaba. A su juicio, ello determinó que su hijo Y naciera en condiciones respiratorias muy deficientes y que falleciera el 19 de febrero de 2013, a los 3 meses y 27 días de vida.

A pesar del contenido de su imputación, la reclamante no ha acompañado su reclamación con ningún medio de prueba, preferentemente de carácter pericial, que avale el contenido de su pretensión indemnizatoria, como exige el artículo 217.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, aplicable asimismo en materia de procedimiento administrativo, que establece que *"Corresponde al actor... la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda... el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la demanda..."*.

De manera contraria, el análisis de los numerosos medios de prueba que se han traído al procedimiento permite a este Órgano consultivo llegar a la conclusión de que no existe relación de causalidad alguna entre ese fatal desenlace y el funcionamiento del servicio sanitario regional. De modo particular, conduce a esa apreciación la lectura de las historias clínicas de la interesada y de la del menor fallecido y así como de los informes que han realizado los facultativos intervinientes y un perito médico que ha emitido su parecer a instancia de la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud.

Así, el Dr. X, Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital *Los Arcos del Mar Menor* manifiesta en su informe (Antecedente sexto de este Dictamen) que la reclamante no era hipertensa, y que *"durante todo su embarazo nunca se constató, en nuestro servicio, una Hipertensión Arterial (HTA), siendo sus valores tensionales normales alrededor de 100/60 mmHg todos los registros de los que disponemos"*. Sin embargo, sí que explica que sí que presentaba como antecedente un tabaquismo importante. Debido a la ausencia de hipertensión y otros factores de riesgo no se podía considerar la gestación de la interesada como de alto riesgo sino lo contrario.

Acerca del hematoma corial que presentó la reclamante, también explica que *"Estos hematomas no tienen ninguna repercusión negativa sobre el desarrollo del embarazo y no necesitan ninguna recomendación particular"*.

Por último, aclara que a la gestante se le detectó en la semana trigésimo segunda (32+1 SG) un feto pequeño para la edad gestacional pero no un feto con CIR. Otra cuestión distinta es que se tuvo que inducir el parto ante la rapidez de la instauración de ese CIR, como aconseja el protocolo de su Servicio.

De otro lado, la Dra. Y, Jefa del Servicio de Pediatría del Hospital *Los Arcos del Mar Menor* apunta en su informe que *"El lactante fallece a los 3 meses y veintisiete días de vida, no pudiendo establecer una relación directa causal con los problemas obstétricos ni neonatales, ya que la mayoría de pacientes de edad gestacional de 35 semanas, aunque hayan presentado problemas en el período neonatal, si superan de forma favorable los mismos, el riesgo de presentar complicaciones posteriores es mínimo"*.

La etiología médico legal es muerte natural-muerte súbita y neumonitis intersticial cuya causa puede ser o no ser debida a inmadurez orgánica durante el desarrollo fetal".

Por su parte, los Dres. W, Q y V explican en su informe que, después de que fuera trasladado al Hospital General *Santa Lucía* el bebé experimentó una evolución favorable en la UCIN y que luego siguió una evolución normal (Antecedente décimo de este Dictamen).

También debe ser objeto de análisis el informe pericial que se ha traído al procedimiento. Precisamente, en el apartado "IV.- *Análisis de la praxis médica*" de este documento se señala que se le realizó a la interesada un seguimiento completo de su embarazo y que en la historia de la gestación no se mencionan antecedentes médicos o quirúrgicos de interés. Tan sólo en lo que se refiere a los antecedentes familiares se recogen la hipertensión arterial y la diabetes mellitus. A juicio del perito, éste puede ser el origen del error que se advierte en la reclamación, puesto que la peticionaria considera que la gestación era de alto riesgo por padecer hipertensión, lo que no es correcto. Por ese motivo, destaca en el informe que *"Está claro en la historia clínica que sólo eran antecedentes familiares no personales"*.

Con la salvedad que más adelante se mencionará, se expone en ese mismo informe que, de acuerdo con los datos aportados en la historia clínica por la paciente, no existían factores para considerar el embarazo de alto riesgo (Conclusión 2ª), de modo que exigiera un control acorde con esa situación.

También se detalla en ese informe pericial que en la trigésimo segunda semana se realizó una nueva ecografía a la reclamante y que esa prueba permitió obtener el resultado de que el feto era pequeño para su edad gestacional (PEG) aunque se encontraba dentro de los límites, con estudio doppler normal. A pesar de la normalidad diagnosticada, se indicó que la interesada acudiera en dos semanas para realizarle una nueva valoración ecográfica y un nuevo estudio doppler.

En la siguiente visita se diagnosticó que el feto se encontraba en el percentil 3 (límite de la normalidad) con estudio doppler normal. Se clasificó como CIR tipo I y se programó una nueva visita para la trigésimo quinta semana, en la que se indicó la terminación del embarazo por la posibilidad de mejor supervivencia fuera del útero y por el hecho de que se la paciente se encontraba en una semana muy próxima a término (35,6).

Según entiende el perito, la actuación fue la correcta en un caso de CIR sin causa conocida y con embarazo de 35 semanas y 6 días. El riesgo de presentar membrana hialina o dificultad respiratoria se consideraba menor que el de permanecer dentro del útero. Además, señala que la actuación se ajustó a las guías clínicas y, en especial, a la Guía del Servicio Murciano de Salud [*Servicio de Obstetricia y Ginecología: Protocolo de Crecimiento Fetal Intrauterino Restringido (CIR). Servicio Murciano de Salud. Hospital Los Arcos del Mar Menor*], que se recoge en los folios 115 a 119 del expediente administrativo.

En este punto el perito destaca el hecho de que no consta en la historia del embarazo que ella hubiera referido a los médicos que hubiera padecido *"un trastorno distímico con abuso de drogas"*, como se refiere en la historia de Atención Primaria (folio 199 del expediente). De acuerdo con lo que explica, durante el embarazo no se supo de ninguna causa que provocara el CIR y que pudiera ser tratada intra útero. Según manifiesta *"En esos momentos a nadie le constaba que la paciente pudiera estar sometida a un abuso personal de drogas, que sí hubiera podido constituir una causa suficiente del retardo del crecimiento intrauterino. Únicamente constaba en la historia clínica que era fumadora de una cantidad muy moderada de cigarrillos por día (no más de 10)"*.

Por último, explica que después del nacimiento y de la evolución que experimentó en la UCIN, el lactante fue dado de alta a los 33 días de vida con buen estado general y sin secuelas aparentes. En este sentido recuerda que en el informe de la Dra. Díez Lorenzo -ya citado- se concluye, con fundamento en los datos obtenidos de la historia clínica y de la necropsis forense, que *"La etiología médico legal fue de muerte natura-muerte súbita y neumonitis intersticial cuya causa puede ser o no ser debida a inmadurez orgánica durante el desarrollo fetal"*.

También destaca que al niño se le realizó una autopsia forense, que permitió localizar en los pulmones focos dispersos de neumonitis intersticial perivascular.

A pesar de ello, es decir, de que en las conclusiones del informe forense se atribuya la causa inmediata de la muerte a la citada neumonitis intersticial y la causa fundamental a una inmadurez del desarrollo pulmonar durante el desarrollo fetal, en el posterior estudio histopatológico que realizó el Instituto Nacional de Toxicología, se concluyó que *"No se han encontrado lesiones de suficiente intensidad que expliquen la muerte"*. Como apunta en la Conclusión 8ª de su informe, *"El estudio completo anatómico forense no encontró, como es la norma, ninguna patología o causa de la muerte súbita del lactante"*.

Por ese motivo, entiende el perito que el embarazo y parto de la reclamante fue correctamente controlado y atendido con arreglo a la más estricta *lex artis ad hoc* y que la muerte del menor no guarda relación alguna con la patología que desarrolló al nacer como consecuencia del síndrome de la membrana hialina ni con el control de la gestación (Conclusiones 1ª y final).

Sobre la base de todo lo explicado, se debe concluir que no existe relación de causalidad alguna entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el hecho luctuoso alegado, cuya antijuridicidad tampoco se ha demostrado convenientemente.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria ya que no concurren los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración pública sanitaria y, de manera concreta, el nexo causal que debe existir entre el funcionamiento del servicio público y el daño producido, cuya antijuridicidad tampoco ha resultado acreditada.

No obstante, V.E. resolverá.