



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº 124/2024

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 21 de mayo de 2024, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por la Ilma. Sra. Directora Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 5 de diciembre de 2023 (COMINTER 295572) y CD recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 7 de diciembre de 2023, sobre responsabilidad patrimonial instada por D. X y D.^a Y, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2023_386), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO. - En fecha 19 de febrero de 2018, D. X presentó, en el Servicio de Atención al Usuario del Área de Salud I - Murcia Oeste, una hoja de sugerencias, reclamaciones o agradecimientos frente al Hospital Clínico Universitario "Virgen de la Arrixaca" (HUVA), en la que mostraba su queja por los siguientes hechos:

"El día 29 de noviembre de 2017 acudí con mi mujer que se encontraba de parto a urgencias maternal sobre las 12:30 de la madrugada.

-A pesar de que mi mujer se quejaba de fuertes dolores y de que era positiva a "estreptococo agalactiae", tras una primera inspección se le mandó a la sala de espera.

-No fue hasta las 5 de la mañana cuando la bajaron a paritorio, donde no le administraron el antibiótico.

-Mi hija Z se infectó con la bacteria y tuvo que estar 2 semanas en la UCI con una sepsis potencialmente mortal".

Solicita que se revisen los protocolos del hospital para que se administre el antibiótico a la madre en su debido momento.

En cuanto a la valoración económica del daño, solicita una compensación económica por las dos semanas que su hija permaneció en la UCI con peligro para su vida.

SEGUNDO. - Solicitada la subsanación de la solicitud, el reclamante aporta copia del Libro de Familia, informe clínico de alta del HUVA de su hija y valoración económica del daño, por importe de 1950 euros por los 13 días de ingreso.

TERCERO. - Por Resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (SMS), de 9 de mayo de 2018, se admitió a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial, nombrando instructor del expediente.

Al mismo tiempo la reclamación se notificó a la Gerencia de Área de Salud I –HUVA-.

CUARTO. - Fueron recabados y remitidos la historia clínica del paciente y el informe de los profesionales implicados.

De estos profesionales ha emitido informe:

1. El Dr. P, F.E.A. de Pediatría, que indica:

*“La paciente ingresó con 8h de vida por dificultad respiratoria en sala de neonatología. En el hemocultivo extraído a su ingreso se constató crecimiento microbiano de una bacteria Tinción de Gram positiva y se inició cobertura empírica antibiótica con ampicilina y gentamicina. Por mala evolución clínica se monitoriza en UCI neonatal a las 18h de su ingreso. Presentó una evolución clínica favorable, se identificó en sección de microbiología el patógeno como un *Streptococo Agalactiae*, se descartó una infección del sistema nervioso central mediante punción lumbar y se trasladó de nuevo por mejoría clínica el 05/12/2017 a sala de neonatología donde completo antibioterapia hasta un total de 10 días completos.*

En el momento del alta presentaba una valoración clínica positiva, sin alteraciones en el examen físico, un control analítico con parámetros bioquímicos y hematológicos dentro de la normalidad, una ecografía cerebral sin hallazgos patológicos y una valoración auditiva mediante otoemisiones acústicas positivas. Ambulatoriamente dicha valoración se ha completado mediante potenciales auditivos con un resultado de normalidad en el momento del estudio.

*Finalmente señalar que por el momento de inicio de los síntomas antes de las 72h de vida y el patógeno identificado en sangre de la paciente, coincidiendo con una colonización materna en exudado recto vaginal por ese mismo patógeno, se considera que el diagnóstico de la paciente fue una sepsis de inicio precoz de probable transmisión vertical por *Streptococo Agalactiae*”.*

2. La Dra. D.^a Q, Médica adjunta del Servicio de Ginecología, que indica:

“En respuesta a su escrito de referencia, en la noche del 28 al 29 de noviembre de 2017, Y acudió a Urgencias Maternal por sensación de dinámica uterina (00.48h). Tras una primera exploración clínica y ecográfica, se comprobó que no se encontraba en periodo activo de parto, realizándose un registro cardiotocográfico para valorar bienestar fetal y dinámica uterina.

Tras comprobar bienestar fetal y dinámica uterina irregular sintomática se reexploró a la paciente, con persistencia de condiciones obstétricas desfavorables (Bishop 3). El test de Bishop, también conocido como índice de Bishop, es una puntuación que valora el cuello uterino en el trabajo de parto y ayuda a predecir si será requerida inducción del parto. Una puntuación de 6 o menos sugiere que el trabajo de parto es poco probable sin inducción. Por el contrario una puntuación de 9 o más indica que el trabajo de parto probablemente comenzará de forma espontánea.

Ante ausencia de periodo activo de parto pero dinámica uterina sintomática se consensuó con la paciente ingreso para observación. Ante presencia de SGB positivo, se pautó en Silicon (programa de HCUVA de prescripción de tratamiento intrahospitalario) profilaxis ATB según protocolos actuales (Penicilina iv) en caso de periodo activo de parto o rotura de membranas (criterios que indican la administración de profilaxis ATB, ya que todas las guías clínicas coinciden en que la profilaxis ATB PREPARTO carece de indicación).

Además la probabilidad de periodo activo de parto medido de forma objetiva mediante el Test de Bishop con una puntuación de 3 no podía predecir un periodo activo de parto inminente.

La paciente llegó a planta a las 3.45h. A las 5.00h fue explorada por la matrona de planta que indicó su traslado a paritorio al observar que se encontraba en periodo activo de parto, objetivándose en ese momento rotura de membranas y produciéndose el nacimiento a las 5.35h. En todo momento la medicación indicada según protocolo estaba prescrita en Silicon, quedando a disposición del personal adjunto la administración en el momento de la amniorraxis o periodo activo de parto, que cursó con una evolución rápida e impredecible del inicio y fin del parto

en apenas 35 minutos”.

Se acompaña al informe protocolo de “Profilaxis antibiótica de la morbilidad infecciosa maternofoetal intraparto”

3. D.^a R, Matrona del Hospital Maternal, que indica:

“La paciente llegó a paritorio a las 5:00 de la madrugada, momento en que rompió la bolsa y tuvo un parto eutócico a las 5:35 h. Este lapso de tiempo indica claramente que se trata de un parto precipitado, es decir, muy urgente, en lo cual lo único que cabe es atender el nacimiento inminente.

Cuando la Sra. llegó a dilatación, mi máxima prioridad fue asegurar el bienestar de la madre y la niña para que el nacimiento de esta última fuera en las mejores circunstancias posibles; Todo esto motivó que no hubiera tiempo material de preparar y administrar el antibiótico que aquí se reclama, pero sobre todo tengo que exponer que en caso de que se hubiera puesto dicho antibiótico, este habría sido del todo inefectivo, como demuestra la evidencia científica, pues para que tenga efecto protector de la posible infección del feto es necesario que se administren 2 dosis de antibiótico 4 horas antes del nacimiento, circunstancias que era imposible de cumplir, por lo cual no era la prioridad poner el antibiótico sino atender el parto inminente, pues dicho antibiótico no hubiera protegido al neonato del contagio posterior.

Por todo esto expongo que lamento profundamente que la recién nacida tuviera una infección por contagio de EGB de su madre, pero que en modo alguno es responsabilidad mía, pues la no administración del antibiótico no fue la causa de dicho contagio, porque, aunque se le hubiera administrado las circunstancias habrían sido las mismas”.

QUINTO. - Con fecha 15 de noviembre de 2018 se solicitó de la Inspección Médica informe valorativo de la reclamación presentada, acompañando a dicha solicitud copia del expediente.

Dicho informe es emitido con fecha 10 de diciembre de 2020 con las siguientes conclusiones:

“Doña Y ingresó el 29/11 /2017 en el Hospital Virgen de la Arrixaca con el diagnóstico de pródromos de parto.

Entre los antecedentes figura que la paciente había dado un resultado positivo en el screening de SGB. En estos casos está indicada la profilaxis antibiótica intraparto que debe ser administrada por vía endovenosa y al menos 4 horas antes del nacimiento. Esta profilaxis se inicia habitualmente al comienzo de la fase activa del parto.

Tras observación en urgencias pasó a planta para monitorización a la espera de inicio de la fase activa de parto.

A las 04:49 del día del ingreso se produce en planta la rotura espontánea de la bolsa y la matrona registra condiciones obstétricas compatibles con el inicio del periodo activo del parto.

Se traslada a dilatación/paritorio y el parto tiene lugar unos 50 minutos después de la rotura de la bolsa. El parto se desarrolla con extraordinaria rapidez.

De haberse administrado profilaxis el inicio de la misma hubiera sido en torno a las 04:50 y dado que el parto tuvo lugar a las 05:35, la duración de la cobertura antibiótica habría sido de unos 45 minutos, espacio de tiempo absolutamente insuficiente para obtener el resultado de prevención de infección neonatal pretendido.

En las condiciones expuestas es entendible que la administración de la profilaxis no se considerara una prioridad. La no administración de la profilaxis queda justificada por la gran rapidez con que se produjo el parto.

La condición de portadora para SGB de la madre y la ausencia [de] profilaxis antibiótica intraparto, incrementaron notablemente la probabilidad de que, como efectivamente ocurrió, la recién nacida padeciera una sepsis neonatal

precoz.

Como consecuencia de ese proceso infeccioso la niña tuvo que ser ingresada en la UCI neonatal durante seis días y se prolongó su estancia en neonatología donde permaneció ocho días más.

El alta se produjo tras buena evolución y no se evidencian secuelas de este proceso.

La actuación de los profesionales intervinientes fue acorde a la Lex Artis”.

SEXTO. - Con fecha 19 de junio de 2023 se otorgó trámite de audiencia al interesado, no constando que hayan formulado alegaciones.

SÉPTIMO. - La propuesta de resolución, de 1 de diciembre de 2023, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial, al concluir que no existe relación causal entre el daño alegado y el funcionamiento del servicio sanitario, ni existe la antijuridicidad exigible para dar lugar a la estimación de una reclamación de esta naturaleza.

En la fecha y por el órgano indicado se ha recabado el Dictamen preceptivo de este Consejo Jurídico, acompañando, al efecto, el expediente administrativo.

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 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC).

SEGUNDA. - Legitimación, plazo y procedimiento.

I. El reclamante ostenta legitimación activa para reclamar, de conformidad con lo previsto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), al ostentar la patria potestad de la menor a la que, supuestamente, se le causó el daño.

En cuanto a la legitimación pasiva, corresponde a la Administración regional en tanto que es titular del servicio público sanitario, a cuyo defectuoso funcionamiento se pretende imputar el daño.

II. La acción resarcitoria ha de considerarse temporánea, toda vez que se ejercitó mediante escrito registrado con fecha 29 de febrero de 2018, antes del trascurso del año que para la prescripción del derecho a reclamar establece el artículo 67.1 LPAC. Dicho artículo, en el caso de daños de carácter físico o psíquico, dispone que “*el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas*”. En el presente caso, y dado que el nacimiento de la hija del reclamante se produjo el 29 de noviembre de 2017, la reclamación estaría dentro del plazo para reclamar.

III. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales que integran esta clase de procedimientos, salvo el plazo máximo para resolver que excede del previsto en el artículo 91.3 LPAC.

TERCERA. - Elementos de la responsabilidad patrimonial.

I. El artículo 106.2 de la Constitución Española (CE) reconoce el derecho de los particulares a ser indemnizados por cualquier lesión que sufran en sus bienes y derechos cuando dicha lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos. En similares términos se expresa el artículo 32 y siguientes de la LRJSP, que configura una responsabilidad patrimonial de naturaleza objetiva, de modo que cualquier consecuencia dañosa derivada del funcionamiento de los servicios públicos debe ser en principio indemnizada.

No obstante, el Tribunal Supremo viene declarando de forma constante (por todas, en su Sentencia de 5 de junio de 1998) que no es acorde con el citado principio de responsabilidad patrimonial objetiva su generalización más allá del principio de causalidad, de manera que para que exista tal responsabilidad es imprescindible la existencia de nexo causal entre la actuación de la Administración y el resultado lesivo o dañoso sufrido, sin que la responsabilidad objetiva de la Administración pueda extenderse a cubrir cualquier evento. Ello, en definitiva, supone que la prestación por la Administración de un determinado servicio público no implica que aquélla se convierta en aseguradora universal de todos los riesgos, con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados que pueda producirse, con independencia del actuar administrativo, ya que, de lo contrario, el actual sistema de responsabilidad objetiva se transformaría en un sistema por ovidencialista no contemplado en nuestro ordenamiento.

En suma, de acuerdo con lo establecido por los artículos 32 y ss. LRJSP son requisitos para que se reconozca la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración los siguientes:

- a) Que exista un daño real y efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas.
- b) Que el daño tenga su causa en el funcionamiento de los servicios públicos.
- c) Ausencia de fuerza mayor.
- d) Que el perjudicado 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 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 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*” 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. La “*lex artis*”, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

Como señala la STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 9 de octubre de 2012, “*debemos insistir en que, frente al principio de responsabilidad objetiva interpretado radicalmente y que convertiría a la Administración sanitaria en aseguradora del resultado positivo y, en definitiva, obligada a curar todas las dolencias, la responsabilidad de la Administración sanitaria constituye la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, pero, en ningún caso, garantizador de resultados, en el sentido de que es exigible a la Administración sanitaria la aportación de todos los medios que la ciencia en el momento actual pone razonablemente a disposición de la medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales; conforme con este entendimiento del régimen legal de la responsabilidad patrimonial, en modo alguno puede deducirse la existencia de responsabilidad por toda actuación médica que tenga relación causal con una lesión y no concurra ningún supuesto de fuerza mayor, sino que ésta deriva de la, en su caso, inadecuada prestación de los medios razonablemente exigibles (así Sentencia de esta Sala de 25 de febrero de 2.009, recurso 9.484/2.004, con cita de las de 20 de junio de 2.007 y 11 de julio del mismo año).*”

Con esto queremos decir que la nota de objetividad de la responsabilidad de las Administraciones Públicas no significa que esté basada en la simple producción del daño, pues además éste debe ser antijurídico, en el sentido que no deban tener obligación de soportarlo los perjudicados por no haber podido ser evitado con la aplicación de las técnicas sanitarias conocidas por el estado de la ciencia y razonablemente disponibles en dicho momento, por lo que únicamente cabe considerar antijurídica la lesión que traiga causa en una auténtica infracción de la *lex*

artis".

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 (LEC)-, 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. - Concurrencia de los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial en el presente caso. Falta de acreditación.

Considera el reclamante que, a pesar de que su esposa era positiva en "estreptococo agalactiae" no le administraron el correspondiente antibiótico, por lo que su hija se infectó con la mencionada bacteria, padeciendo una sepsis que le obligó a estar 2 semanas en la UCI.

En el presente caso, no aporta el reclamante al expediente ningún elemento de prueba en el que se sostenga su reclamación, obligándole a ello el principio sobre distribución de la carga de la prueba que se contiene en el artículo 217.2 LEC, que resulta de aplicación en materia administrativa. Así, en dicho precepto se establece que *"Corresponde al actor... la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda, según las normas jurídicas a ellos aplicables, el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la demanda..."*.

Es por ello por lo que, para poder determinar si ha existido o no vulneración de la *lex artis*, será preciso acudir a los informes de los profesionales que obran en el expediente.

Así, como indica la Matrona que atendió el parto, se trataba de un parto precipitado en el que solo cabe atender el nacimiento inminente, sin tiempo para preparar y administrar el antibiótico, pero que, en caso de que se hubiera puesto dicho antibiótico, hubiera sido inefectivo ya que es necesario administrarlo 4 horas antes del nacimiento.

Por su parte, en el informe de la Médica Adjunta de Ginecología, se indica que la profilaxis antibiótica debe administrarse en caso de periodo activo de parto o rotura de membranas, ya que la profilaxis preparto carece de indicación, y que el periodo activo de parto se inició a las 5:00h, produciéndose el nacimiento a la 5:35h, por lo que el parto cursó con una evolución rápida e impredecible en apenas 35 minutos.

Más explícito es el informe de la Inspección Médica, que, en el juicio crítico que realiza en su informe, indica:

"...El tratamiento antibiótico anteparto no se ha mostrado eficaz en erradicar el estado de portadora, sin embargo la profilaxis antibiótica intraparto ha mostrado ser muy efectiva para reducir la incidencia de la infección neonatal precoz.

[...]

Para que la pauta antibiótica profiláctica sea considerada adecuada, el antibiótico debe ser administrado por vía endovenosa y al menos 4 horas antes del nacimiento. Los antibióticos considerados como profilaxis adecuada incluyen la penicilina, la ampicilina, la cefazolina y la teicoplanina. El antibiótico se iniciará al ingreso de la gestante en trabajo de parto y se administrará hasta el expulsivo.

[...]

... a las 04:49, se recoge por parte de la matrona la rotura espontánea de membranas con líquido claro y que la paciente está con 5 cm de dilatación y borramiento del 80-100%. En ese momento se decide bajar a la paciente a dilatación/paritorio, se ha iniciado el periodo activo del parto y sería ya en dilatación donde debería haberse aplicado la profilaxis. Lo que ocurrió fue que a partir de ese momento el parto se aceleró (se precipitó como adecuadamente recoge la matrona en su informe), con lo que indudablemente la prioridad era atender a la paciente. El parto finaliza a las 05:35, unos 45 minutos después de la rotura de bolsa y de indicar bajar a la parturienta a dilatación/paritorio, esta rapidísima evolución del parto no era predecible.

En las condiciones expuestas es entendible que la administración de la profilaxis no se considerara una prioridad. Además hay que tener presente que para que la pauta antibiótica profiláctica sea considerada adecuada, el antibiótico debe ser administrado al menos 4 horas antes del nacimiento. En nuestro caso el inicio de la profilaxis podría haber sido en el momento de la rotura de membranas, con el estado del cuello ya referido, es decir se podría haber iniciado en torno a las 04:50, y si el parto tuvo lugar a las 05:35 la duración de la cobertura antibiótica habría sido de unos 45 minutos, espacio de tiempo absolutamente insuficiente para obtener el resultado de prevención de infección neonatal pretendido...”

En conclusión, coincidimos con la propuesta de resolución en que, lejos de que el reclamante haya probado una mala *praxis* en el manejo del parto, ha quedado acreditado con toda claridad que el tratamiento antibiótico estaba indicado, pero que debe administrarse en la fase activa del parto; parto que se precipitó y que tuvo lugar en un espacio de tiempo de 35 minutos, por lo que, siendo la prioridad la atención del parto inminente, no pudo administrarse el antibiótico. Además, si éste se hubiese administrado, no habría sido efectivo, ya que debe administrarse 4 horas antes del parto, por lo que no se aprecia la existencia de daño antijurídico susceptible de indemnización.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA. - Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución que desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial, al no resultar acreditados los requisitos determinantes de esta.

No obstante, V.E. resolverá.